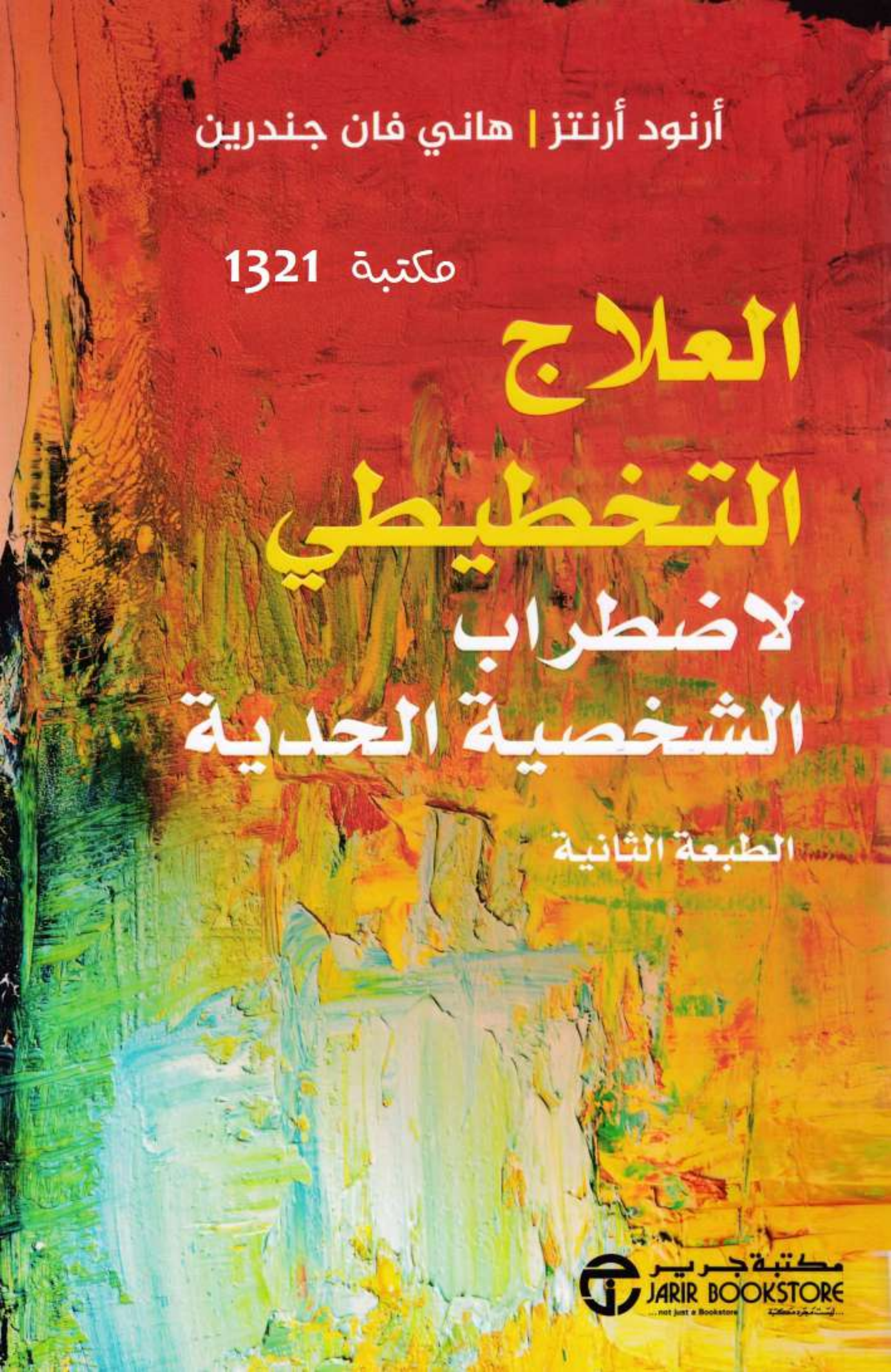


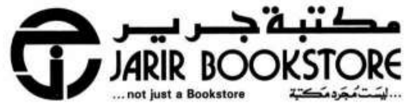
أرنود أرنتز | هاني فان جندرين
مكتبة 1321
العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية
الطبعة الثانية
مكتبة جرير
JARIR BOOKSTORE

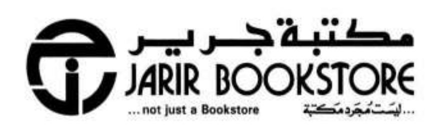
العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية

مكتبة | 1321

أرنود أرنتز
هاني فان جندرين







للتعرف على فروعنا

نرجو زيارة موقعنا على الإنترنت **www.jarir.com**

للمزيد من المعلومات الرجاء مراسلتنا على: **jbpublications@jarirbookstore.com**

الطبعة الأولى 2023



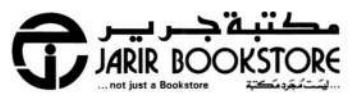
Schema Therapy for Borderline Personality Disorder

Second Edition

ARNOUD ARNTZ
Department of Clinical Psychology,
University of Amsterdam,
The Netherlands

HANNIE VAN GENDEREN
Maastricht,
The Netherlands





WILEY

المحتويات



نبذة عن المؤلفين



بين عامي 1987 و 2014، عمل كل من **أرنود أرنتز** (أستاذ علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس التجريبي في جامعة ماستريخت وطبيب النفس الإكلينيكي) وهاني فان جندرين (الحاصلة على الماجستير في الفلسفة والاختصاصية النفسية الإكلينيكية، والمعالجة النفسية والمشرفة على الجمعية الدولية للعلاج التخطيطي والجمعية الهولندية للعلاج السلوكي المعرفي) في مؤسسة رياج ماستريخت. وقد شاركا هناك في العديد من الدراسات الخاصة باضطرابات القلق واضطرابات الشخصية. عمل أرنود أرنتز كقائد مشروع التجربة الهولندية متعددة المراكز التي قارنت العلاج التخطيطي بالعلاج النفسي المركّز على التحويل. ويعد اضطراب الشخصية الحدية أحد اهتماماته البحثية الرئيسية.

منذ عام 2014 وأرنود أرنتز يعمل أستاذًا لعلم النفس الإكلينيكي في جامعة أمستردام، كما أنه يعمل الآن مع جوان فاريل باحثًا رئيسيًّا في التجربة الدولية التي تقارن شكلين من العلاج التخطيطي الجماعي لاضطراب الشخصية الحدية ببعضهما وبالعلاج التقليدي المعتاد. كما يمارس أرنود أرنتز عمله طبيبًا نفسيًّا إكلينيكيًّا في مركز بسيكو للصحة العقلية في أمستردام.

عملت **هاني فان جندرين** منذ عام 2016 طبيبة نفسية إكلينيكية في عيادتها الخاصة. وعملت منذ عام 2000 مديرًا لمعهد سخيماتيغابيوبي بيدينيه الهولندي للعلاج التخطيطي، الذي ينظم برامج تدريبية للحصول على شهادات دولية قياسية ومتقدمة في العلاج التخطيطي (علاج فردي للبالغين والأطفال والمراهقين، وكذلك علاج جماعي). بالإضافة إلى التدريب على العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية، يوفر المعهد دورات تدريبية متخصصة حول اضطرابات الشخصية من المجموعة «ج»، وورش عمل حول إعادة بناء الصورة والحوارات التخيلية وصيغ الغضب والاكتئاب وصيغة الراشد السليم واضطراب الشخصية النرجسية (انظر: www.schematherapieopleidingen.nl)

تصدير

العلاج التخطيطي هو علاج نفسي تكاملي جديد نسبيًّا يعتمد على النماذج المعرفية ويوفر حلًّا فعالًا لاضطراب الشخصية الحدية. وقد وثَّقت العديد من التجارب فاعليته من حيث التكلفة مقارنة بالعلاج النفسي الديناميكي والعلاج النفسي المعتاد، كما أن معدل الإنهاء المبكر من قِبل المرضى مستمر في الانخفاض، ما يوضح أن العلاج التخطيطي يلقى قبولًا بينهم.

يقدم هذا الكتاب دليلاً عمليًّا للمعالجين لإجراء العلاج التخطيطي على مرضى اضطراب الشخصية الحدية. باعتماده على نموذج جيفري يونج لصيغ المخطط، وتقنيات يونج لعلاج المخطط، ورؤى العلاج المعرفي والأساليب التجريبية الخاصة بالطبيب النفسي الرائد آرون بيك، يقدم هذا العلاج نموذجًا مفاهيميًّا لاضطراب الشخصية الحدية، وكذا نموذجًا علاجيًّا، فضلًا عن عدد من الأساليب والتقنيات المتنوعة لعلاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية. لا يقتصر العلاج التخطيطي على المشكلات المتوافقة مع معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية، بل أيضًا السمات الشخصية النفسية المرضية الكامنة وراء الأعراض، مثل مشكلات التعلق، والناقد الداخلي، وصدمات الطفولة التي لم يتم علاجها، وغير ذلك. أظهرت الأبحاث أن المرضى يتحسنون في جميع هذه الجوانب، بما في ذلك مستوى المعالجة التلقائية للمعلومات.

يشبه المؤلفان علاجهما بلعبة شطرنج يلعبها كفيف داخل آلة البينبول. حيث يتعين على المعالج أن يدرك بسرعة العوامل المتغيرة المتعددة التي تلعب دورًا في مشكلات المريض، ويعالجها في الوقت نفسه. على الرغم من تعقيد علاج اضطراب الشخصية الحدية، يمكن للعديد من المعالجين تعلمه. ستمد التفسيرات والأمثلة العملية الموضحة بالكتاب المعالجين المتمرسين ذوي القدرة على التحمل بالدعم والتحفيز. تتمحور

العلاقة العلاجية حول مفهوم «إعادة التربية المحدودة»، الذي يشكل الأساس لعلاقة دافئة وتعاونية. ومع ذلك، فإن العلاقة العلاجية الجيدة ليست كافية؛ لذلك يتم وصف العديد من الأساليب والتقنيات التجريبية والشخصية والمعرفية والسلوكية التي تناسب علاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية بشكل خاص. أخيرًا، يقدم الكتاب طرقًا محددة لاستخدامها في علاج الحالات شديدة الصعوبة وتساعد المعالج على التعامل مع المشكلات العديدة التي يمكن أن تنشأ بسبب علاج اضطراب الشخصية الحدية.

منذ نشر الطبعة الأولى من هذا الكتاب في عام 2009 حدثت عدة تطورات مهمة في العلاج التخطيطي. علاوة على ذلك، أدركنا بفضل تعليم العلاج التخطيطي العقبات التي يواجهها المشاركون في تطبيق العلاج. وكذا أدركنا أن النهج والأساليب والتقنيات تتغير خلال مراحل العلاج المختلفة. استلزم هذا مراجعة شاملة للكتاب في هذه الطبعة الجديدة؛ حيث قمنا بمراجعة النص بحيث ندمج الأفكار والأساليب والتقنيات الجديدة. يساعد هذا النهج المعدل على تسريع العلاج، دون أن يفقد فاعليته. يصف الكتاب في الطبعة الجديدة طرق تكييف التقنيات مع مراحل العلاج، كما يناقش الأساليب الجديدة المتعلقة بتطبيق العلاج التخطيطي على المجموعات والأزواج والشباب الصغار. يناقش الكتاب أحدث نتائج الأبحاث العلمية وآثارها على الممارسة الإكلينيكية، مع تغطية الأسس النظرية لصيغ المخطط على نطاق واسع. في هذه الطبعة نتعامل مع المزيد من صيغ المخطط الآن، حيث يمدنا العديد من المرضى بصيغ إضافية بخلاف التي يغطيها النموذج الأساسي المعروف لصيغ المخطط، وعلى الطبيب أن يعرف كيفية التعامل معها، كما أننا سنحيلك إلى أجزاء متعددة من مجلد ST step by step لتوضيح التقنيات المختلفة المستخدمة.

شكر وتقدير

تَطَلَّبَ تأليف هذا الكتاب وسط انشغالي في عملي في مركز ماستريخت للصحة العقلية المجتمعية الكثير من الوقت، لكني تمكنت من توفيره بفضل الدعم غير المشروط من زوجي الراحل ليو شيفر؛ فلم يتولَّ شئون الأسرة فحسب، بل ساعدني على قراءة النصوص وكتابتها أيضًا. أشكر طفليَّ ساشا وزوي على صبرهما في كل مرة سمعا فيها مني عبارة: «ليس الآن» طوال هذه الفترة.

تعلمت علاج المصابين باضطرابات الشخصية بفضل الورش التدريبية المتعددة التي وفرها أرنود أرنتز؛ الأستاذ بجامعة ماستريخت، ودعا فيها تيم بيك، وكوري نيومان، وجيفري يونج، وكريستين بادسكي، وكاثلين موني، وجوان فاريل، وإيدا شو، وغيرهم الكثير. وقد تعلمت الكثير من أرنود نفسه بشكل خاص، حيث ألهمني حماسه وإصراره على اكتشاف طرق جديدة باستمرار لعلاج المرضى «غير القابلين للعلاج»، مثل المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

أود أن أشكر زملائي من مؤسسة رياج ماستريخت، ولا سيما أرنود أرنتز وتوني فان جيزبيرجين وويسيت كرول من مجموعة إشراف الأقران على الاضطرابات الحدية، على تعاونهم ودعمهم أثناء تعلم علاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية. كما أود أن أشكر مارجون نادورت ومارلين ريكيبور وريمكو فان دير ويجنجارت على سنوات من التعاون. لقد قدمت معهم غالبية الدورات وورش العمل، ودائمًا ما وجدنا معًا طرقًا أفضل لتعليم الزملاء العلاج التخطيطي.

كما أنني مدينة لزملائي مونيك ويجرز ومونيك أورباخ وإينا كريجسمان وشقيق زوجي إيجور فان دي وال، والذين قرأوا الكتاب بالكامل وطرحوا أسئلة حكيمة مفيدة، واقترحوا إضافات مهمة.

إن المرضى الذين عالجتهم هم الذين أسهموا بأكبر قدر في هذا الكتاب. كما أن الأمثلة في هذا الكتاب مأخوذة من محادثاتنا (دون ذكر أسماء)، وقد تعلمت الكثير منهم، ورغم أنه للأسف، لم يتم قبول تشخيص اضطراب الشخصية الحدية في المجتمع بالصورة التي تمكنني من سرد أسمائهم هنا. فإنني أعبر عن خالص امتناني لكل واحد منهم.

هاني فان جندرين

دون أساتذتي، وأحدهم شريكتي في تأليف هذا الكتاب، ما كنت لأصل أبدًا إلى مرحلة علاج المصابين باضطراب الشخصية الحدية. أنا ممتن جدًّا لهذا. أتقدم بخالص الشكر إلى تيم بيك، وكريستين بادسكي وكاثلين موني وكوري نيومان وجوان فاريل وإيدا شو، وخاصة جيفري يونج على ما علموه لفريقنا في ورش العمل التي أداروها. على وجه الخصوص، يستحق جيفري يونج جزيل شكري، حيث ابتكر نموذجًا يتوافق مع أفكاري المبتكرة حول اضطراب الشخصية الحدية، فضلًا عن ابتكاره علاجًا شاملًا، هو موضوع هذا الكتاب. كما أشكر زملائي المعالجين وشركائي في الأبحاث العلمية، ومن بينهم لورا دريسن وأنوك ويرتمان وسيمكي سيسويردا وجوس بلو وتيا فان أسيلت، ومارجون نادورت ولوت بامليس وجيل لوبيستايل. شكرًا لكل ما قدمتموه لتطوير العلاجات والأبحاث الخاصة باضطراب الشخصية الحدية. علاوة على ذلك، أود أن أشكر مساعديَّ ومتدربيَّ الذين أجروا العديد من الدراسات، وأشكر بالأخص المرضى الذين شاركوا في تجارب العلاج، فدونهم لم نكن لنستطيع التعرف على هذه المشكلات المعقدة وعلاجها.

في النهاية، لم يكن من الممكن أن يظهر هذا الكتاب إلى النور دون الفرص التي وفرها مركز ماستريخت للصحة العقلية المجتمعية للمشروع الأكاديمي لمعهد أبحاث علم الأمراض النفسي التجريبي التابع لجامعة ماستريخت، فضلًا عن المنح المقدمة من الصندوق الوطني الهولندي للصحة العقلية، وصندوق الطب التطوري. لقد أتاحت هذه المنح تدريب المعالجين على التجارب الخاصة بعلاجات اضطراب الشخصية الحدية والمجراة في مراكز متعددة، فضلًا عن إجراء هذه الدراسة التي اختبرت فاعلية تكلفة العلاج الموضح في الكتاب.

ولا أنسى شكر كيرا سينت وجوليجن دروست لمساعدتهما في ترجمة الكتاب الهولندي الأصلي إلى الطبعة الإنجليزية الأولى.

أرنود أرنتز

مقدمة

حتى وقت قريب، عُرف عن المصابين باضطراب الشخصية الحدية أنهم من أصعب حالات المرضى قاطبة. كانوا يعدون إما غير قابلين للعلاج أو لا يحققون فيه سوى معدلات نجاح منخفضة. وفي الوقت نفسه، كانت احتياجاتهم من الرعاية الصحية الطبية والنفسية هائلة، ومعدلات الإنهاء المبكر لبرامج العلاج مرتفعة.

في هذا الكتاب، نصف علاجًا لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، سيؤدي في معظم الحالات إلى التعافي من هذا الاضطراب أو تحقيق تحسن إكلينيكي ممتاز. لا يؤدي العلاج التخطيطي إلى تقليل أعراض اضطراب الشخصية الحدية فحسب، بل إلى إحداث تغييرات دائمة في شخصية المريض أيضًا.

في الفصل 1، تم تعريف ووصف اضطراب الشخصية الحدية، متبوعًا بمناقشة تطور هذا الاضطراب.

يقدم الفصل 2 شرحًا للعلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية، ابتكره وأعده جيفري يونج. يعتمد هذا العلاج على صيغ المخطط. وسيتم وصف أنماط المخطط المختلفة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية في هذا الفصل.

في الفصل 3 تم شرح أهداف العلاج ومراحله المختلفة. بينما تمت مناقشة طرق وتقنيات العلاج المختلفة في الفصول 4 – 8.

يتضمن الفصل 4 رؤية العلاقة العلاجية كأداة للتغيير. كما تمت مناقشة المفهوم الأساسي لإعادة التربية المحدودة بالتفصيل، التي تعد نقطة مركزية في العلاج التخطيطي.

يصف الفصل 5 الأساليب التجريبية التي تستخدم التجربة لإحداث التغيير. هذه التقنيات هي: إعادة بناء الصورة، ولعب الأدوار، وتقنية كرسيين أو أكثر في الحوارات التخيلية، والتجارب، والتعبير عن المشاعر.

سيتم وصف التقنيات المعرفية المستخدمة في هذا الكتاب وشرحها في الفصل 6. نظرًا لوجود قدر كبير من المؤلفات حول هذه التقنيات، فقد عرفناها بشكل موجز فقط. هكذا فعلنا أيضًا مع التقنيات السلوكية الموضحة في الفصل السابع.

يتناول الفصل 8 عددًا من الأساليب والتقنيات العلاجية المحددة. في حين أنها لا تناسب جميع مرضى اضطراب الشخصية الحدية، إلا أنها يمكن أن تكون مهمة ومفيدة بالنسبة لمرضى معينين وفي تطبيقات محددة.

يشرح الفصل 9 التقنيات الأكثر ملاءمة لكل صيغة من صيغ المخطط. كما ناقشنا فيه فن التعامل مع الصيغ المختلفة في جلسة واحدة.

سيتم شرح آخر التطورات في مجال العلاج التخطيطي في الفصل 10. على وجه الخصوص، سنناقش العلاج التخطيطي الجماعي، والعلاج التخطيطي للأزواج التي يكون فيها أحد الشريكين مصابًا باضطراب الشخصية الحدية. كما سنناقش بإيجاز تطبيق العلاج التخطيطي في برامج الاستشفاء الجزئي أو برامج الإقامة الكاملة، واستخدام العلاجات غير اللفظية كمساعد للعلاج التخطيطي، وتطبيق العلاج التخطيطي على الأطفال والشباب والأكبر سنًّا.

يختص الفصل 11 بالمرحلة الأخيرة من العلاج التي لا يعود خلالها المريض مصابًا باضطراب الشخصية الحدية، مع احتفاظه ببعض خصائص الشخصية و / أو إستراتيجيات التأقلم التي يمكن أن تقف عقبة في طريق إحداث المزيد من التغييرات الإيجابية.

يحتوي الفصل 12 على الملخص والاستنتاج.

بالنظر إلى أن نسبة كبيرة من مرضى اضطراب الشخصية الحدية من الإناث، سيستخدم المؤلفان مريضة متخيلة تدعى نورا كمثال للمصابات باضطراب الشخصية الحدية. وعلى الرغم من أن العديد من المعالجين من الإناث، سيُبقي المؤلفان الإشارة إلى المعالج باستخدام صيغة المذكر.

1

اضطراب الشخصية الحدية

ما اضطراب الشخصية الحدية؟

يعاني مرضى اضطراب الشخصية الحدية مشكلات في معظم جوانب حياتهم. لديهم مشكلات مع الحالة المزاجية المتغيرة باستمرار، ومشكلات في علاقاتهم بالآخرين، ومشكلات بسبب الهوية غير الواضحة، والسلوكيات المندفعة. إن اندلاع ثورات الغضب ووقوع الأزمات أمر شائع لدى هؤلاء المرضى، فعلى الرغم من حقيقة أن العديد من مرضى اضطراب الشخصية الحدية أذكياء ومبدعون، فإنهم نادرًا ما ينجحون في تنمية مواهبهم. إنهم لا يكملون تعليمهم غالبًا، ويظلون عاطلين عن العمل، وإذا عملوا، ففي مهن أقل بكثير من قدراتهم، كما أنهم معرضون لخطر محدق يتمثل في إيذاء النفس، وذلك عن طريق جرح أنفسهم و/أو تعاطي المخدرات. فضلًا عن كل ذلك فخطر الانتحار مرتفع لدى هؤلاء المرضى، حيث يموت ما يقرب من 10% منهم نتيجة محاولات الانتحار (Paris, 1993).

في هذا الكتاب، نستخدم معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، الخاصة باضطراب الشخصية الحدية، من أجل تشخيص اضطراب الشخصية الحدية وليس تعريف التحليل النفسي الخاص باضطراب الشخصية الحدية (Kernberg، 1976، 1996؛ Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, Applebaum, 1989). يتضمن اضطراب الشخصية الحدية عددًا من اضطرابات الشخصية واضطرابات المحور الأول، ما يجعل تلك الاضطرابات واسعة النطاق بالنسبة لعلاج اضطراب الشخصية الحدية الموصوف هنا. وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، على المرضى استيفاء خمسة من المعايير التسعة على الأقل، كما هو موضح في الجدول 1 ,1، كي يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية

الحدية. السمة العامة الأساسية لتعريف الدليل لهذا الاضطراب هي عدم *الاستقرار*، فضلًا عن تأثيره على مجالات العلاقات الشخصية والصورة الذاتية والمشاعر والاندفاع.

الجدول 1.1 معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس، الخاصة باضطراب الشخصية الحدية.

نمط شائع من عدم استقرار العلاقات الشخصية، والصورة الذاتية السلبية، والاندفاع الملحوظ، يبدأ من مرحلة البلوغ المبكرة ويظهر في مجموعة متنوعة من السياقات، تتضح في خمسة (أو أكثر) مما يلي:

1. جهود حثيثة لتجنب الهجر؛ سواء كان حقيقيًّا أو متخيلاً. (ملاحظة: لا تُدرج السلوك الانتحاري أو المشوه للذات على النحو الموضح في المعيار 5).
2. نمط غير مستقر وحاد للعلاقات الشخصية، يتسم بالتناوب بين أقصى درجات المثالية وأقصى درجات الانتقاص.
3. اضطراب الهوية: عدم استقرار واضح ومستمر لصورة الذات أو الإحساس بالذات.
4. الاندفاع على الأقل في مجالين يحتمل أن يتضمنا إيذاء للنفس (مثل: الإسراف، وممارسة الجنس، وتعاطي المخدرات، والقيادة المتهورة، والشراهة في الأكل). (ملاحظة: لا تُدرج السلوك الانتحاري أو المشوه للذات على النحو الموضح في المعيار 5).
5. السلوك الانتحاري المتكرر أو التهديدات أو السلوك المشوه للذات.
6. عدم الاستقرار العاطفي بسبب التقلبات المزاجية (على سبيل المثال، عادة ما يستمر خلل النطق العرضي أو التهيج أو القلق لبضع ساعات ونادرًا ما يزيد على بضعة أيام).
7. الشعور المزمن بالفراغ.
8. الغضب الشديد الذي لا يناسب الموقف أو صعوبة السيطرة على الغضب (مثل: نوبات الغضب المتكررة، الغضب المستمر، المعارك البدنية المتكررة).
9. التفكير في الانتحار بسبب ارتياب عابر أو الشعور بالاستنزاف أو أعراض فصامية شديدة.

المصدر: الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013) الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس.

الانتشار والأمراض المصاحبة

يعد اضطراب الشخصية الحدية أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا بين المرضى (في برامج الاستشفاء الجزئي وبرامج الإقامة الكاملة بالبيئات الإكلينيكية). يقدر معدل الانتشار بين عموم السكان بنسبة تتراوح بين 1,1 و 2,5% ويختلف في المجموعات الإكلينيكية اعتمادًا على البيئة، من 10% من مرضى الاستشفاء الجزئي إلى 20 – 50% من المرضى المقيمين بالبيئات الإكلينيكية إقامة كاملة. ومع ذلك، في

كثير من الحالات يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية متأخرًا أو لا يتم تشخيصه على الإطلاق. قد يكون هذا بسبب ارتفاع معدلات الأمراض المصاحبة وغيرها من المشكلات المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، ما يعقد عملية التشخيص.

الأمراض المصاحبة لهذا الاضطراب متنوعة ونسبتها مرتفعة. وبالنسبة إلى اضطرابات المحور الأول، غالبًا ما يصاب المريض أيضًا باكتئاب أو اضطرابات في الأكل أو رهاب اجتماعي أو اضطراب ما بعد الصدمة أو مشكلات في العلاقات. في الواقع، يمكن للمعالج أن يتوقع أيًا من هذه الاضطرابات أو كلها في أشكال أقوى أو أضعف جنبًا إلى جنب مع اضطراب الشخصية الحدية.

يمكن أن تترافق جميع اضطرابات الشخصية مع اضطراب الشخصية الحدية. يتمثل المزيج الشائع في اضطراب الشخصية الحدية الذي تصاحبه الاضطرابات الانعزالية أو النرجسية أو المعادية للمجتمع أو الهيستريونية أو البارانوودية. (Layden, Newman, Freeman, & Morse, 1993)

أظهرت المراجعات والدراسات التي أجراها دريسن وأرنتز (1998) ومولدر (2002) وويرتمان وأرنتز وشوتين ودريسن (2005) أن القلق واضطرابات المزاج يمكن علاجها عندما يكون المريض مصابًا باضطراب في الشخصية. ومع ذلك، في حالة اضطراب الشخصية الحدية، يكون المعالج حريصًا على علاج اضطرابات المحور الأول فقط. اضطراب الشخصية الحدية اضطراب خطير ينتج عنه ارتباك دائم في حياة المريض مع العديد من الأزمات ومحاولات الانتحار، ما يجعل العلاج المعتاد لاضطرابات المحور الأول مرهقًا. غالبًا ما تتغير شكاوى وأعراض المحور الأول من حيث الطبيعة والنطاق، ما يجعل عملية التشخيص أكثر صعوبة. ويؤدي هذا غالبًا إلى إعطاء الأولوية لعلاج اضطراب الشخصية الحدية. سيتم وصف الاضطرابات التي يجب أن تأخذ الأولوية على اضطراب الشخصية الحدية في العلاج في موانع الاستعمال (انظر الفصل 2).

تطور اضطراب الشخصية الحدية

يتعرض غالبية مرضى اضطراب الشخصية الحدية للإيذاء الجنسي والبدني و/أو العاطفي والإهمال العاطفي في طفولتهم، والاعتداء الجسدي على وجه الخصوص يكون بين سن 6 و 12 عامًا (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989؛ Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad, Gutiérrez - Zotes، 2012؛ Lobbestael, Arntz, & Bernstein, 2010؛ Ogata et al., 1990، Weaver & Clum, 1993). ويعد تحديد

الإساءة العاطفية والإهمال العاطفي لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية أصعب من تحديد الاعتداء الجنسي أو البدني. غالبًا ما تبقى الإساءة العاطفية والإهمال العاطفي خفيين أو لا يعترف بهما مريض اضطراب الشخصية الحدية بدافع الشعور بالولاء تجاه الوالدين أو بسبب نقص معلوماته حول طبيعة مرحلة الطفولة الطبيعية والصحية. هؤلاء المرضى لا يعرفون ما حُرموا منه؛ لأنهم لم يشعروا قط بالحب والقبول والاهتمام. وعندما يحاول شخص منحهم الحب والقبول لاحقًا في الحياة، يتفاعلون أحيانًا بشكل سلبي تجاه هذا الشخص (أي المعالج). بإضافة هذه التجارب المؤلمة إلى التقلبات المزاجية، والتعلق غير الآمن، ومرحلة نمو الطفل، فضلاً عن الموقف الاجتماعي، يكوّن المريض تفسيرات مختلة عن نفسه وكذا عن الآخرين (Arntz, Weertman, & Salet, 2011; Zanarini, 2000). أسلوب التعلق لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية مرتبك، وينشأ نتيجة للمواقف غير المعالجة التي مروا بها وهم أطفال، حين كان الوالد يمثل تهديدًا بالنسبة إليهم، وفي الوقت نفسه ملاذًا آمنًا محتملًا (van IJzendoorn, Schuengel, Bakermans - Kranenburg, 1999). بالمصطلحات المعرفية، يؤدي مزيج المخططات المختلة وإستراتيجيات التأقلم إلى اضطراب الشخصية الحدية (Arntz et al., 2011). يعاني المصابون باضطراب الشخصية الحدية مشكلات خطيرة ومعقدة. وبما أنه لا يمكن التنبؤ بسلوك المريض إلى حد كبير، فإنه يستنفد تعاطف الأسرة والأصدقاء وقدرتهم على التحمل. الحياة لا تكون صعبة على المرضى فقط، بل على من حولهم أيضًا. وفي بعض الأحيان، تكون الحياة صعبة لدرجة أن المريض يستسلم (وينتحر) أو يتخلى عنه نظام الدعم الخاص به. غالبًا ما يكون علاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية مرهقًا لمقدم الرعاية الصحية العقلية أيضًا، خاصة في غياب طرق العلاج الفعالة. الخبر السار هو أن العلاجات الفعالة ابتُكرت وتطورت في العقود الماضية، ويعد العلاج التخطيطي هو أحد أكثر هذه العلاجات نجاحًا.

يقدم العلاج التخطيطي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية والمعالجين نموذجًا علاجيًّا تتم فيه مساعدة المريض على فهم الصيغ المختلة التي كوَّنها، والتخلص منها، وعيش حياة أفضل صحة. يساعد هذا النموذج المرضى والمعالجين على فهم كيفية ارتباط تجارب مرحلة الطفولة المبكرة بالمشكلات الحالية ويمنحهم القدرة على التعامل مع المشكلات الصعبة والتي يصعب فهمها. باستخدام العلاج التخطيطي مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية يسهل على المعالج فهم سلوك المريض المختل ويمنحه العديد من الأدوات لعلاج المريض.

2

العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية

تطور العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية

قبل ابتكار العلاجات النفسية المتخصصة لاضطراب الشخصية الحدية؛ كالعلاج التخطيطي، كان يتم علاج اضطراب الشخصية الحدية من منظور التحليل النفسي في المقام الأول، ولقد بدأ هذا في التغير في أواخر الثمانينيات عندما بدأ علماء السلوك الإدراكي دراسة علاج اضطرابات الشخصية من خلال العلاج السلوكي المعرفي، وبدأ المعالجون النفسيون ابتكار أنواع مختلفة من العلاج الديناميكي النفسي مكيفة مع اضطراب الشخصية الحدية على وجه التحديد.

كان أهم التطورات المبكرة في العلاجات النفسية المتخصصة لاضطراب الشخصية الحدية التي ظهرت في هذا العصر هو صياغة الحالة والتحقق التجريبي من العلاج السلوكي الجدلي (DBT; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991; Linehan, 1993)، وتطور العلاج النفسي المركّز على التحويل (Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, & Applebaum, 1989)، وتطور العلاج المستند إلى التعقل (MBT, Bateman & Fonagy, 2004)، وتطور العلاج المعرفي لاضطرابات الشخصية. ظهر العلاج المعرفي لعلاج اضطرابات الشخصية لأول مرة على يد آرون بيك وآرثر فريمان وزملائهما في كتاب *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (1990). في العام نفسه، قدم جيفري يونج شكلًا جديدًا من العلاج المعرفي، أشار إليه باسم «العلاج المركّز على التخطيط»، الذي عرف فيما بعد باسم «العلاج التخطيطي» (Young، 1990, 1994). وقد قام لاحقًا بتوسيع نطاق

هذا النموذج العلاجي عبر إدخال صيغ المخطط (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). تستند نظريته إلى مجموعة من الرؤى المستمدة من النظريات المعرفية والسلوكية والديناميكية النفسية والإنسانية والتنموية (بما في ذلك نظريات التعلق). يعتمد العلاج الفعلي بشكل أساسي على العلاج السلوكي المعرفي والتقنيات المشتقة من العلاجات التجريبية. هناك تركيز قوي على العلاقة العلاجية التي تستخدم كوسيلة لإحداث التغيير، وكذلك على المعالجة العاطفية للتجارب الصادمة.

حتى الآن، يبدو العلاج التخطيطي وسيلة جيدة لتحقيق تحسينات جوهرية في الشخصية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

نتائج الأبحاث العلمية

أظهرت الأبحاث التي أجريت على أشكال التحليل النفسي التقليدية للعلاج نسبًا عالية من الإنهاء المبكر من قبل المرضى (46 - 67%) ونسبة مرتفعة نسبيًّا من حالات الانتحار. وفقًا لأربع دراسات طولية، توفي ما يقرب من 10% من المرضى أثناء العلاج أو في غضون 15 عامًا بعد العلاج بسبب الانتحار (Paris, 1993). تقترب هذه الأرقام من النسب نفسها لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين عولجوا دون استخدام العلاج النفسي (8 - 9%) وذلك كما ورد في تقرير آدامز، وبيرنات، ولوشر (2001).

أجرى لينهان وزملاؤه (1991) أول دراسة منضبطة حول استخدام العلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب الشخصية الحدية. بالنسبة إلى العلاج السلوكي الجدلي الذي وفروه، كانت معدلات الإنهاء المبكر من قبل المرضى أقل، ومعدلات الإقامة في المستشفى أقل، ومعدلات جرح النفس والسلوك الانتحاري أقل أيضًا مقارنة بالعلاج المعتاد. أما في القياسات الأخرى لعلم النفس المرضي، فلم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مقارنته بالعلاج المعتاد. كما أظهرت الدراسات غير المنضبطة حول فاعلية العلاج المعرفي الخاص بآرون بيك انخفاضًا في مخاطر الانتحار وأعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى انخفاض في عدد أعراض اضطراب الشخصية الحدية (Arntz, 1999; Beck, 2002; Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph, & Beck, 2004). علاوة على ذلك، كانت معدلات الإنهاء المبكر من قبل المرضى خلال العام الأول أقل من المعتاد (نحو 9%).

ولقد تم إجراء أول دراسة منضبطة لاختبار العلاج التخطيطي، كما طوره يونج في هولندا، حيث تمت مقارنة العلاج التخطيطي بالعلاج النفسي المركّز على التحويل، وهي

طريقة نفسية ديناميكية ابتكرتها كيرنبرج وزملاؤها (Giesen–Bloo et al., 2006). بدأت هذه الدراسة في عام 2000 واستغرقت 3 سنوات من العلاج. أظهر العلاج التخطيطي نتائج إيجابية أكثر من العلاج النفسي المركّز على التحويل في الحد من أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وكذلك جوانب أخرى من علم النفس المرضي وجودة الحياة. في دراسة المتابعة، بعد 4 سنوات من بدء العلاج، تعافى 52% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين بدأوا العلاج التخطيطي، مقارنة بـ 29% فقط من المرضى الذين بدأوا العلاج النفسي المركّز على التحويل، في حين أظهر أكثر من ثلثي المشاركين في العلاج التخطيطي تحسنًا إكلينيكيًا ملحوظًا في تقليل أعراض خلل التنسج القصبي الرئوي، مقارنة بـ 52% من المشاركين في العلاج النفسي المركّز على التحويل. هذه النسب مثيرة للإعجاب خصوصًا مع تضمين نسب الإنهاء المبكر من المرضى في الدراسة (حتى من أصيبوا منهم باضطراب العرض البدني).

كانت إحدى النتائج الأكثر إقناعًا من هذه التجربة المنضبطة المعشّاة الأولى هي الحد من جميع مشكلات اضطراب الشخصية الحدية دون أن يقتصر التحسن على الأعراض الواضحة مثل إيذاء النفس. على سبيل المثال: تحسنت جودة حياة المرضى ككل وشعورهم بتقدير الذات بشكل ملحوظ. وبالتالي، نتيجة للعلاج التخطيطي، تحسنت جميع الخصائص النفسية المرضية لاضطراب الشخصية الحدية بشكل ملحوظ، سواء كانت أعراضًا للمرض نفسه أو مرتبطة بشخصية المريض. وقد عثرنا على نتائج مماثلة في سلسلة نرويجية من دراسات الحالة. عندما تم تقييم المرضى بعد العلاج، كانت نسبة من خرجوا من تصنيف معايير اضطراب الشخصية الحدية 50%، كما استفاد 80% من العلاج (Nordahl & Nysæter, 2005).

على الرغم من تكاليف العلاج المرتفعة، أظهرت التجربة المنضبطة المعشّاة الأولى على العلاج التخطيطي أن العلاج التخطيطي فعال من حيث التكلفة، كما يتضح من تحليل فعالية التكلفة الذي يُظهر أن العلاج التخطيطي لا يتفوق على العلاج النفسي المركّز على التحويل في التأثيرات فحسب، بل ويقل عنه في التكلفة أيضًا. علاوة على ذلك، بالمقارنة مع الخط القاعدي، يؤدي العلاج التخطيطي إلى تقليل التكلفة الاجتماعية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية، بحيث يكون التأثير الصافي هو تقليل التكاليف، على الرغم من التكاليف التي ينطوي عليها تقديم العلاج التخطيطي (van Asselt et al., 2008).

تم تناول مسألة ما إذا كان العلاج التخطيطي له تأثيرات مماثلة عند تطبيقه في الممارسة الإكلينيكية في دراسة نادورت وزملائه (2009). أشارت النتائج إلى أن معدلات الفاعلية والخروج من المستشفى كانت مماثلة لهذه التجربة (Giesen - Bloo et al. 2006). كما تناولت الدراسة مسألة ما إذا كان على المعالجين تقديم رقم هاتف يمكن للمرضى استخدامه عندما تقع أزمة خارج نطاق الجلسات، كما هو منصوص عليه في البروتوكول في الأصل. نظرًا لأن النتائج لم تسفر عن أي دليل على وجود تأثير إيجابي لهذه النقطة، تم حذف إمكانية الاتصال عبر الهاتف من البروتوكول. كما سنرى، فإن إعطاء المرضى عنوان بريد إلكتروني يمكنهم استخدامه لمشاركة ما يمرون به مع معالجهم خارج ساعات العمل، دون أي التزام من المعالجين بالاستجابة الفورية، حل محل إمكانية الاتصال عبر الهاتف.

تم الانتهاء الآن من العديد من الدراسات حول العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية؛ انظر (Jacob & Arntz، 2013 and Sempertegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013). وهذا يشمل دراسات العلاج التخطيطي الجماعي (Farrell, Shaw, & Webber, 2009)، والجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي (Fassbinder et al., 2016 ؛Dickhaut & Arntz, 2014) والعلاج التخطيطي للمقيمين بمستشفيات الأمراض النفسية (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, Farrell, 2014). تؤكد هذه الدراسات مجتمعة حدوث انخفاض في الإنهاء المبكر وارتفاع الفاعلية في العلاج التخطيطي، والذي لا يقتصر على تقليل أعراض اضطراب الشخصية الحدية، بل يشمل رفع الأداء الاجتماعي والمجتمعي، وتحسين جودة الحياة، وزيادة معدلات السعادة. عند مقارنة الإنهاء المبكر في العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية بالعلاجات الأخرى، أكد التحليل التلوي متعدد المستويات أن نسب الإنهاء المبكر التي تم الإبلاغ عنها حتى الآن في دراسات العلاج التخطيطي أقل بشكل ملحوظ من تلك الموجودة في العلاجات الأخرى (Arntz et al., 2020). بالنظر إلى حدة اضطراب الشخصية الحدية ووجود خصائص محددة تميز هذا الاضطراب تبقى فاعلية العلاج التخطيطي مرتفعة أيضًا ويميل حجم التأثير إلى أن يكون أعلى بكثير منه في العلاجات الأخرى (Rameckers et al., 2020). ومع ذلك، لم يتم حتى الآن سوى نشر دراسة معشاة كبيرة واحدة قارنت العلاج التخطيطي بالعلاجات الأخرى (Giesen-Bloo et al., 2006). من الضروري أن تقارن المزيد من التجارب المعشاة ذات الشواهد بين العلاج التخطيطي والعلاجات الأخرى، بما في ذلك العلاج المعتاد وبقية العلاجات النفسية المتخصصة. وقد اكتملت للتو دراسة

دولية كبيرة تقارن بين العلاج التخطيطي الذي يجمع بين العلاج الفردي والجماعي، والعلاج التخطيطي الجماعي، والعلاج المعتاد لاضطراب الشخصية الحدية. أشارت النتائج الأولية إلى أن العلاج التخطيطي كان متفوقًا على العلاج المعتاد في النتائج الأولية والثانوية، وأن جمع العلاج الفردي والجماعي كان فعالًا ومرتبطًا بأعلى معدلات فيما يخص الخروج من المستشفى (Arntz et al., 2019 ؛Wetzelaer et al., 2014).
هناك دراسة أخرى جارية حاليًا؛ وهي دراسة ألمانية تقارن العلاج التخطيطي الذي يجمع العلاج الفردي والجماعي بالعلاج السلوكي الجدلي لاضطراب الشخصية الحدية (Fassbinder et al., 2018). كلتا التجربتين المعشاتين ذواتي الشواهد تركزان على الفاعلية وتدرسان فاعلية التكلفة وخبرات المرضى أيضًا.

ما الذي يجعل العلاج التخطيطي مقبولًا لهذه الدرجة بين المرضى وما الذي يفسر فاعليته؟ أوضحت الدراسات النوعية الخاصة بآراء المرضى والمعالجين بعض الأسباب (Tan et al., 2018 ؛de Klerk, Abma, Bamelis, Arntz، 2017). أولا: يعتبر المرضى والمعالجون صيغ المخطط مفيدة بشدة، حيث توفر للمرضى والمعالجين نموذجًا سهلًا لفهم مشكلات المريض. يوفر هذا مستوى يتجاوز المستوى المعرفي في إدراك المرضى ويساعد المعالجين على اختيار التقنيات الصحيحة. ثانيًا: يعتبر المرضى والمعالجون العلاقة العلاجية، خصوصًا إعادة التربية المحدودة، مفيدة بشكل خاص. ثالثًا: يعتبر المرضى والمعالجون الأساليب التجريبية قوية بشكل خاص. رابعًا: على مستوى أكثر عمومية، يقدر المرضى والمعالجون نهج العلاج التخطيطي الذي يركز على مستويات أعمق من الأعراض والمهارات، ويربط الخبرات التنموية وصيغ الحياة بالمشكلات المعاصرة، ويعالج الجذور التاريخية لمشكلات المريض. أخيرًا، لا يذكر المرضى موضوعات محددة لا يتم التركيز عليها بشكل كافٍ في العلاج التخطيطي، وهذا على عكس النتائج التي تم التوصل إليها في دراسة كاتساكو وزملائه (2012)، حيث وجد المرضى أن تركيز العلاج السلوكي الجدلي والعلاج المستند إلى التعقل محدود للغاية. ومع ذلك، انتقد بعض المرضى نماذج العلاج التخطيطي الأحدث فيما يتعلق بتقليل وتيرة الجلسات في العام الثاني، وإيقاف العلاج بعد عامين، وهو الوقت الذي غالبًا ما يعتبرونه أبكر من اللازم. فيما يتعلق بمقارنة العلاج التخطيطي الجماعي بذلك الجامع بين العلاج الفردي والجماعي، يميل المرضى والمعالجون إلى تفضيل الشكل الثاني من العلاج التخطيطي (من نتائج التحليل الكمي للتجارب المنضبطة المعشاة ذات الشواهد الدولية، سنعرف ما إذا كان هذا الاتجاه مدعومًا بنتائج الخروج من المستشفى والفاعلية).

باختصار، أشارت نتائج الدراسات التجريبية إلى أن العلاج التخطيطي علاج فعال ويحظى بقبول واسع، فضلاً عن فاعليته على مستوى التكلفة على الرغم من تعقيده العالي نسبيًا.

موانع الاستعمال

هناك بعض الاضطرابات التي يمكن أن تعقد تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، خاصة الاضطراب ثنائي القطب، والذهان (وهذا يشير إلى الاضطراب الذهاني، وليس النوبات الذهانية التفاعلية قصيرة المدى، التي تحدث غالبًا لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية)، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وجود هذه الاضطرابات لا يؤدي إلى تعقيد التشخيص فحسب، بل قد يتداخل أيضًا مع علاج اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، إذا كانت هذه الاضطرابات بارزة بما يكفي، فستكون هي مناط التشخيص الأولي، بينما يُنظر إلى اضطراب الشخصية الحدية باعتباره مرضًا مصاحبًا ثانويًا. عادة ما يجب معالجة هذه الاضطرابات أولًا، قبل أن تتاح إمكانية التركيز على علاج اضطراب الشخصية الحدية.

تجب معالجة الاضطرابات المرضية المصاحبة، حتى لو لم يتم اعتبارها أساسية، قبل البدء في العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية. وتشمل هذه الاضطرابات الاكتئاب الشديد، والاعتماد الشديد على المواد المخدرة، وفقدان الشهية العصبي. بالإضافة إلى ذلك، تتطلب اضطرابات النمو مثل اضطرابات طيف التوحد التأقلم مع العلاج التخطيطي. أفاد المعالجون الذين يعملون مع هؤلاء المرضى مؤخرًا أنهم نجحوا في علاج اضطرابات الشخصية بالعلاج التخطيطي المعدل في هذه المجموعة عندما لا تكون مشكلات التوحد شديدة السوء. تم إجراء بحث على العلاج التخطيطي للأشخاص الذين يعانون مزيجًا من اضطراب طيف التوحد واضطراب الشخصية (Vuijk & Arntz, 2017). يجب التأكيد أن الهدف من مثل هذه التطبيقات من العلاج التخطيطي ليس علاج اضطراب طيف التوحد، بل مشكلات اضطراب الشخصية.

في دراسة (Giesen-Bloo et al.2006)، تم استبعاد اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. وقد أصر خبراء العلاج النفسي المركّز على التحويل على هذا. ومع ذلك، أظهرت الدراسات التجريبية نتائج إيجابية في استخدام العلاج التخطيطي مع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. في إحدى التجارب المنضبطة المعشّاة التي قارنت العلاج التخطيطي بالعلاج المعتاد في مستشفيات الطب النفسي الجنائي

مشددة الحراسة، اتضح أن العلاج التخطيطي يمكن أن يكون علاجًا فعالًا لمثل هؤلاء المرضى (Bernstein, Arntz, & de Vos, 2007; Bernstein et al., 2020). ومع ذلك، بالنسبة إلى العلاج التخطيطي الجماعي لاضطراب الشخصية الحدية، قد يشكل تضمين المرضى أصحاب السمات الشخصية المعادية للمجتمع خطرًا إذا لم يتمكن هؤلاء المرضى من التحكم في اندفاعهم العدواني والتصرف بطرق غير متوقعة مع أعضاء المجموعة الآخرين. وهكذا، فإن وجود تاريخ من غياب السيطرة على التصرفات والإفراط في الاعتداء البدني على أعضاء المجموعة يشكل مانعًا أمام العلاج التخطيطي الجماعي لاضطراب الشخصية الحدية. وبالمثل، فإن ضعف التحكم في السمات النرجسية الذي يتجلى في تشويه سمعة الآخرين، يمثل خطرًا على العلاج التخطيطي الجماعي.

الأساس المنطقي للعلاج / النظريات الداعمة للعلاج

ينص العلاج التخطيطي، كما وصفه يونج على أن كل شخص يشكل مخططات أثناء مرحلة الطفولة. المخطط عبارة عن هيكل معرفي منظم يتطور خلال مرحلة الطفولة ويتجلى في سلوكيات ومشاعر وأفكار معينة (Arntz, 2018؛ Arntz & Lobbestael, 2018). في حين أن المخطط لا يمكن قياسه بشكل مباشر، بل يمكن قياسه من خلال تحليل تاريخ حياة المريض ومراقبة الطريقة التي يتعامل بها مع تقلباته المزاجية ومواهبه. يصبح هذا أوضح ويمكن ملاحظته حيث يشارك المرضى المزيد من التفاصيل حول سلوكياتهم في المواقف الاجتماعية المختلفة وقواعد وإستراتيجيات الحياة التي يلتزمون بها.

تتطور المخططات الصحية عندما تتم تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل. يتيح ذلك للأطفال بناء صور إيجابية عن الأشخاص الآخرين وعن أنفسهم والعالم ككل.

تشمل الاحتياجات الأساسية للأطفال ما يلي:

الأمان: يجب أن يكون في حياة الطفل شخص بالغ يمكن الاعتماد عليه يوفر له سبل الرعاية، فضلاً عن مكان آمن ليعيش ويتطور وينمو فيه.

التواصل مع الآخرين: يجب أن يشعر الطفل بأنه مرتبط بالآخرين وقادر على مشاركة تجاربه وأفكاره ومشاعره مع الآخرين.

الاستقلالية: يجب أن يحظى الطفل ببيئة آمنة ومأمونة بحيث يمكنه استكشاف العالم والتعرف عليه. الهدف النهائي للنضج هو أن يقف الشخص في النهاية على قدميه. وعلى مقدمي الرعاية السماح للطفل بالانفصال عنهم ببطء ولكن بثبات كي ينمو ويصبح شخصًا راشدًا مستقلًّا.

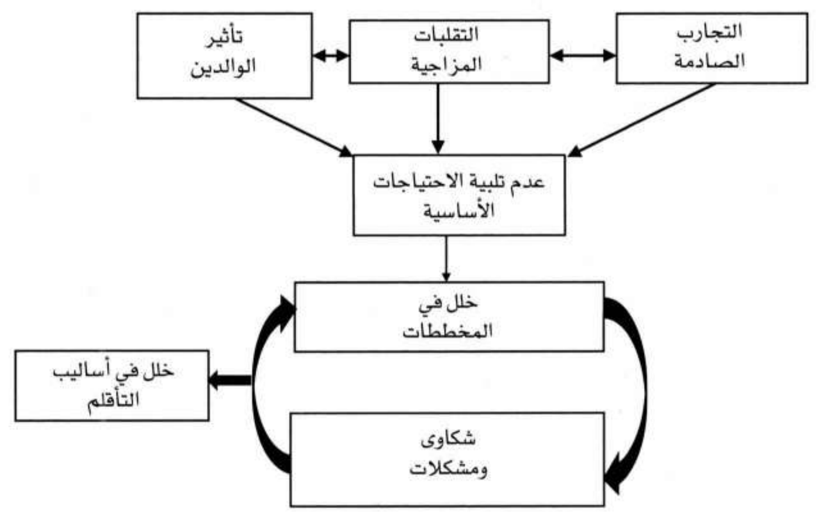
تقدير الذات: يجب أن يحظى الطفل بشعور كاف بالتقدير. ولتنمية شعور قوي بتقدير الذات، يجب أن يتم تقديره من حيث طبيعته كشخص وما يستطيع القيام به.

التعبير عن الذات: يجب أن يتعلم الطفل كيفية التعبير عن الآراء والمشاعر وتحفيزها دون تقييده بقواعد صارمة أو قمعية.

الحدود الواقعية: من أجل العيش في مجتمع يتألف من العديد من الأشخاص، فمن الضروري أن يتعلم الأطفال قواعد التعامل الأساسية. على الطفل أن يفهم متى يجب إخضاع استقلاليته أو التعبير عن نفسه عند التعامل مع الآخرين، وأن يتمكن من القيام بذلك. كما يجب أن يتعلم تحمل الإحباطات والتعامل معها بصورة ملائمة (Young & Klosko, 1994; Young et al., 2003).

عندما لا تتم تلبية هذه الاحتياجات، سواء بسبب قصور في بيئة الطفل، أو بسبب أحداث صادمة (مثل الاعتداء العاطفي أو البدني أو الجنسي، أو التعرض للتنمر)، يمكن أن يؤدي ذلك - حين يتضافر مع تقلبات الطفل المزاجية - إلى خلل في تشكيل الطفل لمخططاته وإستراتيجياته في التأقلم (انظر الشكل 1.2). تسمى المخططات المختلة التي تتشكل أثناء مرحلة الطفولة «المخططات اللاتوافقية المبكرة». نظرًا للظروف التي نشأ فيها الطفل، فعادة ما تكون مفهومة (مثل الطفل الذي ينشأ في بيئة يُهدد فيها باستمرار بالتخلي عنه، فتزداد مخاطر صنعه لمخطط الهجر). يصف يونج 18 مخططًا لا توافقيًّا مبكرًا (انظر الملحق ذ) وثلاث مجموعات من إستراتيجيات التأقلم (انظر الملحق ر). (Young et al., 2003)

تشكل المخططات وأساليب التأقلم بديلاً لنظام تشخيص اضطراب الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس (American Psychiatric Association [APA], 2013). بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية، وجد العديد من المخططات أن العلاج الذي يعتمد على تصور المخطط فقط سيكون شديد التعقيد. علاوة على ذلك، فإن المخططات الـ 18 وصيغ المواجهة الثلاث تشكل فيما بينها 54 مجموعة، ما يزيد من تعقيد مهمة فهم مشكلات المريض باستخدام هذا النموذج.



الشكل 1.2 تطور خلل المخططات

صيغ المخطط

غالبًا ما يكون لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية العديد من المخططات المختلفة في الوقت نفسه بحيث لا يستطيع لا المريض ولا المعالج رؤية الصورة الكبرى. وبما أن التغيرات في السلوكيات والمشاعر تحدث بسرعة كبيرة، فمن الصعب على المرضى أنفسهم فهم ما يحدث، ناهيك عمن حولهم. يؤدي هذا إلى تفاقم المشكلة المعقدة بالفعل. ولقد استطاعت هذه التحولات المفاجئة في صيغ الشعور والتفكير والسلوك، الشائعة جدًا في اضطراب الشخصية الحدية، أن تلهم مفهوم «صيغة المخطط» (يُسمى أيضًا «وضع» أو «حالة» المخطط) (McGinn & Young، 1996). صيغ المخطط هي مجموعة من المخططات والعمليات التي تحدد، في مواقف معينة، أفكار المريض ومشاعره وأفعاله على حساب المخططات الأخرى. بعبارة أخرى، عندما يكون مريض اضطراب الشخصية الحدية مرتاحًا ومسترخيًا نسبيًا، نرى جانبًا مختلفًا تمامًا من شخصيته مقارنةً بالوقت الذي يشعر فيه بالتهديد. في الظروف العادية، نرى مريضًا هادئًا مشاعره معتدلة. ومع ذلك، عندما يتعرض لتهديد الهجر من قبل شخصية مهمة في حياته على سبيل المثال، يصبح «الطفل الصغير» بداخل هذا المريض مدمرًا كسير الفؤاد. يمكن للمصاب باضطراب الشخصية الحدية أن ينتقل من حالة مزاجية أو

عاطفة قوية إلى أخرى في مدة زمنية شديدة القصر. وفقًا لصيغ المخطط، يرجع ذلك إلى التحولات المستمرة وغير المنضبطة للمريض من صيغة إلى أخرى.

من المهم أن نفهم أن صيغ المخطط ترتبط بالمخطط، وأنه لا يوجد فرق جوهري بين نظرية المخطط ونظرية صيغ المخطط. ينص نموذج المخطط (Young et al., 2003) على أنه عندما تتم استثارة مخطط مبكر لا توافقي، أو يتعرض صاحبه لتهديد يستثيره، يلجأ إلى طرق محددة للتعامل مع هذه الاستثارة، حيث يكون اختباره مؤلمًا للغاية ويشعره بالتهديد. وقد تم جمع طرق التأقلم في ثلاث صيغ توافقية: التعويض المفرط والتجنب والاستسلام؛ على غرار التأقلم البدائي الشائع لدى الثدييات تحت الضغط (استجابة القتال أو الهروب أو التجمد). أما الناتج من الجمع بين المخطط (المهدّد) الذي تمت استثارته واستجابة التأقلم فهي صيغ المخطط. بعبارة أخرى:

المخطط ← التأقلم ← صيغ المخطط

هناك دراستان تدعمان هذا النموذج بالفعل، بإثبات أن التأقلم يحدد كيفية ارتباط الصيغ بالمخططات (من الناحية الإحصائية: أسلوب التأقلم يتوسط العلاقة بين المخططات والصيغ) (Rijkeboer & Lobbestael, 2012, van Wijk-Herbrink et al., 2018). ذهبت الدراسة الثانية إلى أبعد من ذلك، موضحة أن المخططات اللاتوافقية المبكرة نفسها قد تكمن وراء أمراض نفسية ظاهرة وباطنة، وأن نوع التأقلم، وبالتالي صيغ المخطط، يعتمد على ما إذا كانت استثارة المخطط (المهدّد) تنتج عنها أمراض نفسية ظاهرة أو باطنة:

المخطط ← التأقلم ← صيغ المخطط ← الأعراض النفسية المرضية

وبالتالي، في مرحلة تصور الحالة (انظر الفصل 3)، من المفيد دمج نموذج الصيغ، كما هو موضح أدناه، مع المخططات التي توضح صيغ المريض الفردي. عندما يكون المريض «أ» في صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته، فقد يشعر بالغباء (مخطط الخزي) وعدم الثقة (مخطط عدم الثقة/سوء المعاملة) بينما قد يشعر المريض «ب» بالهجران (مخطط الهجر/عدم الاستقرار) والاتكالية (مخطط الاعتمادية/عدم الكفاءة).

اقترح يونج الصيغ الخمس التالية في اضطراب الشخصية الحدية: المنفصل الحامي، والطفل المهجور/المساء معاملته، والطفل الغاضب/المندفع، والوالد المعاقِب، والراشد السليم (الصيغة الضعيفة جدًّا لديه). تم مؤخرًا إضافة صيغة شديدة الأهمية إلى النموذج؛ وهي صيغة الطفل السعيد، وهي أيضًا صيغة ضعيفة في اضطراب الشخصية الحدية. في بعض الحالات، يظهر الطفل غير المنضبط أو المتهور، الذي سنعمل على وصفه جنبًا إلى جنب مع الطفل الغاضب. يمكن إعادة تسمية هذه الصيغ كي نجعلها أكثر قابلية للتطبيق على حالة المريض (انظر الشكل 2.2).

في الممارسة الإكلينيكية، ننصح بعمل تصور شامل للحالة يتم فيه وصف أصول المخططات والصيغ لدى الشباب الصغار ومشكلاتهم الحالية. في كل صيغة، تتم إضافة المخطط الذي يصف صيغة المريض بشكل متفرد (انظر الشكل 2 .3 للحصول على مثال).

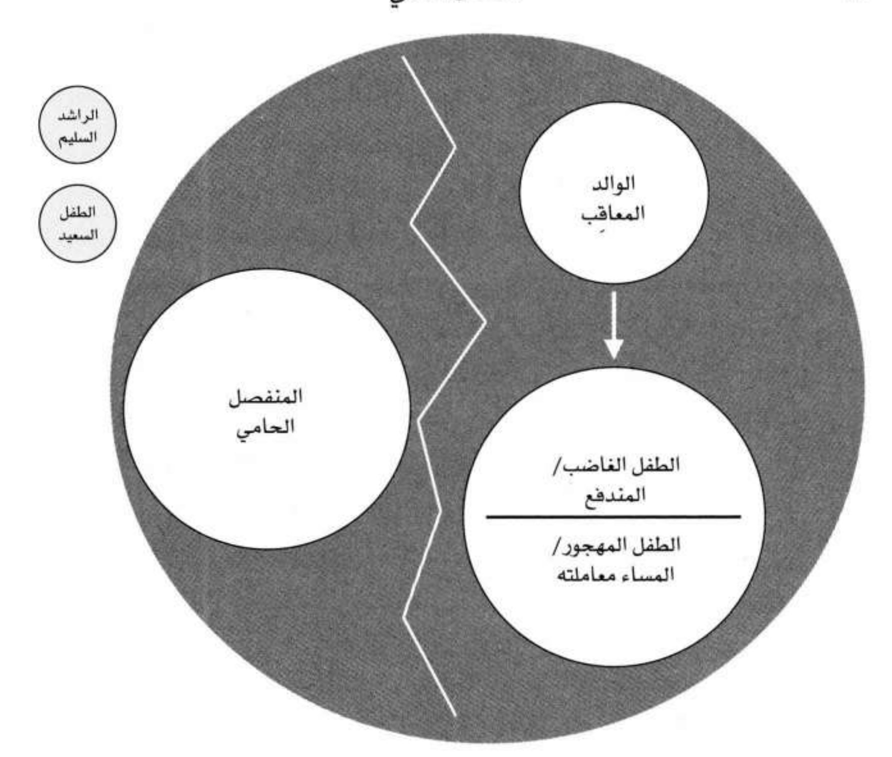
يجب أن نؤكد أن هذا النموذج الاسترشادي لا يستنتج أن اضطراب الشخصية الحدية هو اضطراب تعدد في الشخصيات. إن منح أسماء للصيغ المختلفة وسيلة لمساعدة المريض على فهم الصيغة واستيعابها بشكل أفضل، دون أية إشارة إلى الهويات أو الأشخاص أنفسهم.

فيما يلي وصف للصيغ المختلفة الأكثر بروزًا في اضطراب الشخصية الحدية. تم توضيح الصيغ أيضًا في إنتاج سمعي بصري حديث (ST step by step, van der Wijngaart & van Genderen, 2018). يصف الفصل 9 العلاج بالمزيد من التفصيل، وكيف يمكن للمعالجين التعامل مع الصيغ المختلفة بشكل أفضل.

المنفصل الحامي

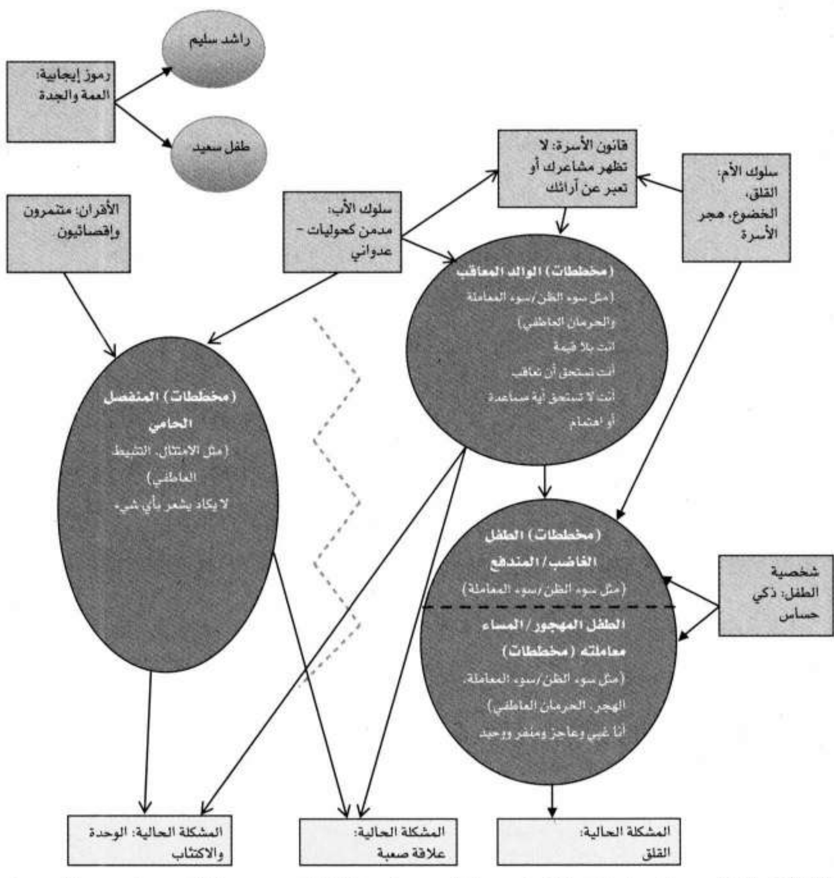
في وقت معايشة صيغة المنفصل الحامي، يبدو المريض ناضجًا وهادئًا نسبيًّا؛ انظر: (ST step by step 5.08). قد يفترض المعالج أن المريض في حالة جيدة. في الواقع، يستخدم المرضى هذه الصيغة الحامية لتجنب الشعور بالخوف أو الكشف عنه (الطفل المهجور/المساء معاملته) أو الدونية (الوالد المعاقِب) أو الغضب (الطفل الغاضب/المندفع).

لا يبدو المريض سعيدًا أو مرتاحًا (الطفل السعيد). الافتراضات الأساسية التي تلعب أدوارًا مهمة هنا هي: «من الخطر إظهار مشاعرك أو رغباتك أو التعبير عن رأيك». يخشى المريض فقدان السيطرة على مشاعره، ويحاول حماية نفسه من الإساءة أو الهجر



الشكل 2.2 اضطراب الشخصية الحدية: ست صيغ

المزعوم. يصبح هذا واضحًا بشكل خاص عندما يتفاعل مع الآخرين. يُبقي المنفصل الحامي الآخرين على مسافة منه إما من خلال عدم الانخراط في التفاعل معهم أو دفعهم بعيدًا عنه. يمكن للمستقل الحامي أن يصبح الحامي الغاضب؛ انظر: (ST step by step 5.11)، أو المتنمر المهاجم؛ انظر: (ST step by step 5.13 ,5.14) أو المتمحور حول ذاته؛ انظر: (ST step by step 5.12). إذا اكتشف الآخرون نقاط ضعفه، فقد يواجه المريض احتمال الرفض والعقاب و/أو الهجر. علاوة على ذلك، إذا سمح المريض لنفسه بأن يشعر بكامل مشاعره واحتياجاته العاطفية، فقد تتم استثارة الصيغ المختلة، الواردة في يمين الشكل 2.2، وهو احتمال مخيف بالنسبة للمريض، حيث إنه لا يعرف جيدًا كيفية التعامل مع ذلك؛ لذا يرى أنه من الأفضل ألا يشعر بأي شيء على الإطلاق، وأن يمنع الآخرين من الاقتراب منه أكثر من اللازم، وأن يتجنب اختبار مشاعره.



الشكل 3.2 اضطراب الشخصية الحدية: مثال لتصور حالة يربط بين الصيغ وكل من: أصولها في مرحلة الطفولة والمخططات والمشكلات الحالية

لنفترض أن الحالة السابقة لمريضة تدعى نورا. على المعالج أن يحاول إيجاد اسم خاص للحامي المنفصل الخاص بها. يطلق الكثير من المرضى على الحامي الخاص بهم الجدار أو الدرع. يساعد هذا على توضيح وظيفة هذه الصيغة.

نموذج لحوار مع مريضة في وقت معايشة صيغة المنفصل الحامي

(في هذا النموذج والنماذج التالية يدور الحوار بين المعالج ومريضة باضطراب الشخصية الحدية)

المعالج: كيف حالكِ؟

المريضة: (بجمود) بخير.

المعالج: كيف كان أسبوعكِ، هل حدث أي شيء تودين التحدث عنه؟

المريضة: (تنظر بعيدًا وتتثاءب) لا، إطلاقًا.

المعالج: إذن، كل شيء على ما يرام؟

المريضة: نعم، كل شيء على ما يرام. ربما الأفضل أن تكون جلستنا قصيرة اليوم.

إذا ثبت أن الطرق البسيطة لتجنب المشاعر المؤلمة غير فعالة، فقد يجرب المريض طرقًا أخرى للهروب، مثل تعاطي المخدرات (يندرج هذا الألم العاطفي المهدئ تحت صيغة التهدئة الذاتية)، وإيذاء النفس (يمكن للألم البدني تخدير الألم النفسي أحيانًا)، والبقاء حبيس الفراش، ومحاولة إنهاء حياته. غالبًا ما يصف مرضى اضطراب الشخصية الحدية هذه الصيغة بأنها مساحة فارغة أو شعور بارد. يشعرون بانفصالهم عن جميع التجارب أثناء معايشتهم لهذه الصيغة، بما في ذلك تجارب العلاج.

إذا لم ينجح المريض في إبعاد الناس عنه، فقد يصبح غاضبًا ومتنمرًا كمحاولة لإبعادهم. من المهم أن يتعرف المعالج على هذه السلوكيات باعتبارها أشكالًا من الحماية ولا يجعلها تثبطه. إذا كانت حالة الغاضب المتنمر مسيطرة، فيمكن تمييزها باعتبارها صيغة «حام غاضب» منفصلة. قد يهاجم المريض المعالج (المتنمر المهاجم) أو يختلف معه بطريقة استعلائية (المتمحور حول ذاته).

أحيانًا يصعب التمييز بين صيغة الحامي الغاضب/المتنمر المهاجم وصيغة الوالد المعاقِب، خاصة خلال المراحل الأولى من العلاج. تتمثل إحدى طرق تمييزها في ملاحظة اتجاه غضب المريض. بينما يكون غضب الحامي الغاضب موجهًا نحو المعالج

(أو أي شخص آخر)، يكون غضب الوالد المعاقِب موجهًا نحو المريض نفسه. إذا كان المعالج غير متأكد من الصيغة التي يتعامل معها، فيمكنه ببساطة أن يسأل المريض عما إذا كان قادرًا على الكشف عن «جانب» شخصيته النشط حاليًا.

للاطلاع على نموذج للحوار بين المعالج والمريضة نورا في وقت معايشة صيغ الحامي الغاضب والمتنمر المهاجم والمتمحور حول ذاته والوالد المعاقِب؛ انظر: (ST step by step 5.11 , 5.12 , 5.13 , 5.14 ,5.20)

المعالج: عندما أخبرتكِ بأن لديَّ عطلة الأسبوع المقبل، كان رد فعلكِ غاضبًا بشدة. ما الصيغة التي تظنين أنها مصدر رد فعلكِ هذا؟

استجابة الحامي الغاضب:

المريضة: أوه لا! ستلقي عليَّ محاضرة أخرى حول نماذج اضطراب الشخصية الحدية الغبي؟ لا يمكنك الانتظار، أليس كذلك؟ لا يمكنك التفكير في أي شيء أفضل، أليس كذلك؟

المعالج: أعتقد أننا استثرنا الحامي الغاضب بسبب أنكِ ستكونين بمفردكِ الأسبوع المقبل.

المريضة: هل تظن حقًّا أنك بهذه الأهمية بالنسبة لي؟ أنا لا أحتاج إلى أحد.

استجابة المتنمر المهاجم:

المريضة: أرى أنك لا تعرف ما الذي تتحدث عنه. أنت تتظاهر بأنك معالج تخطيطي ماهر.

المعالج: (يميل للدفاع عن نفسه) أعتقد أنني أعرف أية صيغة تعايشينها الآن.

المريضة: كلامك هذا دليل جديد على فشلك.

المعالج: لا يعجبني حديثكِ معي بهذه الطريقة.

المريضة: (تضحك) آه، هل تشعر بالإهانة؟ هذا ليس سلوك المحترفين.

استجابة المتمحور حول ذاته:

المريضة: أنا لست غاضبة على الإطلاق. أنا منزعجة فقط؛ لأنك خططت لعطلتك في الوقت الخطأ. قبل عطلتي بالضبط. ألا يمكنك تأجيل إجازتك؟

المعالج: لا، لن أفعل. من يظن أنني يجب أن أكيف حياتي بحسب مواعيدكِ؟

المريضة: هل يجب أن أشرح لك العلاج التخطيطي؟ اعتقدت أن إعادة التربية المحدودة هي جوهر علاجك. إذا كنت ترى أنني مهمة حقًا، فستؤجل عطلتك.

استجابة الوالد المعاقِب:

المريضة: لا أعرف أيةَ صيغة أعايشها الآن، لكني أعلم أنني لا بد غبية لوثوقي بك، وهذا خطأ لن أكرره مرة أخرى. لا يهم على أية حال. لن أتحسن أبدًا ولا أستحق أن أتحسن.

المعالج: أعتقد أنني أسمع صوت الوالد المعاقِب. ربما يقول لكِ إنك تبدين مغفلة لأنكِ تشعرين بالحزن أو الغضب.

المريضة: هذا ليس كلام الوالد المعاقِب، هذه هي الحقيقة. شعوري هذا طفولي خصوصًا أن إجازتك مدتها أسبوع واحد فقط.

في بداية العلاج، قد يصعب أيضًا التمييز بين الفروق الدقيقة بين الحامي الغاضب والمتنمر المهاجم والطفل الغاضب. تظهر الفروق بشكل أساسي في مستوى الغضب المقترن برد الفعل (انظر قسم «الطفل الغاضب/ المندفع»)، وفي النية الكامنة وراء الغضب. وبالنسبة إلى الحامي الغاضب، تتمثل النية في إبقاء الآخرين بعيدًا لحماية نفسه من التعرض للإيذاء أو الرفض أو الهجر. أما نية الطفل الغاضب فهي الاحتجاج ضد سوء معاملة الآخرين والحصول على اعتراف باحتياجاته في العلاقة المتبادلة.

تتضمن هذه الأمثلة تعبير الحامي عن نفسه بطريقة نشطة. الشكل المعاكس تمامًا الذي قد يعبر فيه الحامي عن نفسه هو إظهار الإرهاق أو الرغبة في النوم. في هذه الحالة، على المعالج تقييم ما إذا كان المريض متعبًا بالفعل أم لا أو ما إذا كان في وقت معايشة صيغة الحماية.

يظل هناك خطر أثناء معايشة المريض لصيغة الحماية وهو تجنبه العلاج وعدم العمل على حل مشكلاته، فضلاً عن احتمال كبير بإيقاف العلاج كليًّا. كما يمكن أن يعاني المريض مشكلات بسبب أعراض الانفصام، أو جرح النفس، أو إدمان المواد المخدرة (مثل المخدرات أو الكحوليات)، وقد يحاول أيضًا الانتحار. لهذا السبب، من المهم تحديد وقت معايشة المريض لصيغة الحماية وتجاوزها. سيعطي هذا المريضَ فرصةَ العمل على مشكلاته الفعلية.

كيف تميّز صيغة المنفصل الحامي أثناء الجلسة؟

لا يتواصل المريض تواصلًا حقيقيًّا مع المعالج.
لا يظهر المريض انفعالات حتى لو تحدث عن تجارب عاطفية.
لا يريد المريض الحديث عن مشكلاته.
يقدم المريض مبررات.
يتعامل المريض بغضب أو عجرفة عن عمد لإبقائك على مسافة.
يثرثر المريض حول أمور ثانوية لا علاقة لها بالمشكلة.
يشكو المريض من آلامه البدنية باستفاضة.
يئن المريض (يبدو أنه على وشك البكاء، دون أن يشعر المعالج بالتعاطف).
يبدو المريض منهكًا تمامًا دون سبب واضح.
يريد المريض دائمًا التحدث عن المشكلات الفعلية ويتوقع حلًّا فوريًّا.
تبدو نبرة صوت المريض جامدة، لا تعبر عن مشاعره.

الطفل المهجور/المُساء معاملته

غالبًا ما يُشار إلى الطفل المهجور/المُساء معاملته بهذه الطريقة: اسم المريض + الصغير. وبما أننا اخترنا المريضة المتخيلة «نورا» كمثال على المصابات باضطراب الشخصية الحدية، سنشير إليها عند معايشة هذه الصيغة باسم «نورا الصغيرة».

نورا الصغيرة حزينة ويائسة ولا يمكن تهدئتها، وغالبًا ما تكون في حالة ذعر؛ انظر: (ST step by step 5.01). في وقت معايشة هذه الصيغة غالبًا ما يتغير صوت الطفل. تصبح أفكاره وسلوكياته أفكار وسلوكيات طفل في سن تتراوح بين الرابعة والسادسة من العمر. يشعر المريض بالوحدة وسط هذا العالم ويكون مقتنعًا بأنه لا يوجد أحد يبالي به. الفكرة الأساسية التي تسيطر على ذهن المريض في هذه الصيغة

هي عدم الوثوق بأحد؛ لأن الجميع سيرفضونه أو يسيئون معاملته أو يتخلون عنه في النهاية؛ فالعالم مكان خطير ومليء بالتهديدات ولا مستقبل للمريض فيه.

تفكر نورا الصغيرة من هذا المنظور المتطرف. إنها تطالب بالطمأنينة والحلول الدائمة والفورية لمشكلاتها، حيث إنها عاجزة عن مساعدة نفسها. هناك فرصة كبيرة أنه خلال المرحلة الأولى من العلاج لن يجد المعالج نورا الصغيرة إلا وهي في حالة أزمة. في المرحلة المبكرة من العملية العلاجية، من غير المحتمل أن تظهر نورا جانب الطفل المهجور في لحظات أخرى (للاطلاع على نموذج للحوار بين المعالج والمريضة نورا، انظر الفصل 9).

في وقت معايشة المريض لهذه الصيغة، يتعلق بالمعالج بشدة آملًا أن تكون لديه حلول لجميع مشكلاته. إنه يتوقع من المعالج أن يسترضيه ويتعاطف معه بشكل كامل طوال الوقت. في وقت معايشة هذه الصيغة، غالبًا ما يشعر المعالج بالارتباك من توقعات المريض، وكمحاولة للتعامل مع استغاثات المريض، يميل للبحث عن حلول عملية على نحو أسرع من المطلوب. هناك استجابة أخرى وهي محاولة التخلص من المريض بإحالته إلى مركز الأزمات بسرعة مفرطة. عندما تكون نورا في حالة ذعر، تبدو كل الحلول العملية غير مجدية. لا تستطيع نورا الصغيرة أن تدرك أن الأزمة ستنتهي على الإطلاق.

سيزداد شعور نورا باليأس والمعالج بعدم الكفاءة إلا إذا استمر المعالج في تقديم المشورة واقتراح الحلول العملية. إذا أحالها المعالج لمركز الأزمات بسرعة أكبر من اللازم، ستصبح نورا الصغيرة أكثر يأسًا حيث تشعر بأنه يسيء فهمها، ويتخلى عنها، ويرفضها.

على المعالج أن يسمح بوجود نورا الصغيرة في هذه الجلسات. يجب أن يدعمها، ويقر مشاعرها، ويقدم ملاذًا آمنًا لها، ويشجعها على الارتباط به كمعالج، ويعالج الإساءة التي تعرضت لها في الماضي. باختصار، يجب عليه أن يقدم لها ما حرمت منه خلال طفولتها.

كيفية التعرف على الطفل المهجور / المُساء معاملته أثناء الجلسة

يكون المريض غارقًا في المشاعر الحزينة أو القلقة.

يبدو المريض عاجزًا تمامًا.

يتصرف المريض كأنه يعتمد كليًا على المعالج.

يريد المريض من المعالج أن يحل مشكلاته.

يتعاطف المعالج بشدة مع المريض.
تكون نبرة صوت المريض أشبه بنبرة صوت طفل صغير (حزين أو مذعور).
يشعر المعالج برغبة قوية في تخفيف ألم المريض العاطفي وعدم التخلي عنه.

الطفل الغاضب/المندفع

الصيغة الأخرى من صيغتي الطفل لدى المصابين باضطراب الشخصية الحدية هي صيغة «الطفل الغاضب/المندفع». غالبًا ما تطغى مشاعر اليأس (في صيغة نورا الصغيرة) والخزي (في صيغة الوالد المعاقِب) في بداية العلاج. لهذا السبب، نادرًا ما يرى المعالجُ الطفلَ الغاضب/المندفع في بداية العلاج.

نورا الغاضبة هي طفلة صغيرة غاضبة ومحبطة ونافدة الصبر (عمرها 4 سنوات تقريبًا) وليس لديها أي اعتبار لمشاعر أو أفكار الآخرين؛ انظر: (ST step by 5.02 step). في وقت معايشة هذه الصيغة، غالبًا ما تكون عدوانية في ألفاظها، وفي بعض الأحيان، في تصرفاتها تجاه الآخرين التي قد تصل إلى الاعتداء البدني على معالجها. يستولي الغضب على نورا بسبب عدم تلبية احتياجاتها، أو الاعتراف بحقوقها.

نورا الغاضبة مقتنعة بأن الأفضل أن تأخذ كل ما تستطيع، وإلا فلن تحصل على شيء على الإطلاق. إنها مقتنعة بأنه سيتم استغلالها. إنها ليست غاضبة فحسب، بل تريد أن يرى الجميع إلى أي مدى أسيئت معاملتها أيضًا. وهي تفعل هذا من خلال مهاجمة الآخرين (لفظيًا أو بدنيًا)، وإيذاء نفسها، ومحاولة الانتحار، أو حتى قتل الآخرين، كشكل من أشكال الانتقام. هذا، بالطبع، هو الشكل الأكثر تطرفًا لنورا الغاضبة. الطريقة الأكثر اعتدالًا التي قد تُظهر بها نورا الغاضبة غضبها هي عدم حضور الجلسات أو إنهاء العلاج كليًا.

في حين أن الفروق بين صيغتي الطفل الغاضب والحامي الغاضب ليست واضحة دائمًا، فإنه يمكن ملاحظتها عادة في طريقة ظهور الغضب. الطفل الغاضب متهور وبعيد كل البعد عن المنطق. يتحدث الطفل الغاضب عن موضوعات غير ذات صلة بالمشكلة. أما الحامي الغاضب فيكون أكثر تحكمًا وأقرب إلى السخرية منه إلى الغضب (انظر الفصل 9 للاطلاع على نموذج للحوار بين المعالج والمريضة نورا).

في وقت معايشة نورا الصغيرة لصيغة الطفل غير المنضبط/المندفع، تشعر بأنها خارجة عن السيطرة ومحبطة، انظر: (ST step by step 5.04;5.05). تشعر نورا الصغيرة بأنه تجب تلبية احتياجاتها على الفور وأنها لا يمكنها تحمل مشاعر الضيق (الناجمة عن الألم أو الصراع). يبدو هذا الجانب أشبه بالطفل المدلل ولكنه في الواقع

طفل محروم أيضًا. على المعالج أن يضع في اعتباره أن هذا السلوك ناتج عن الحرمان العاطفي والتربوي. نورا الصغيرة لم تتعلم كيفية التعامل مع الصعوبات.

أهم ما يميز هذه الصيغة هو الطريقة المندفعة التي يحاول بها مرضى اضطراب الشخصية الحدية تلبية احتياجاتهم. قد يمارس المريض العلاقة الحميمة مع أشخاص لا يعرفهم حقًّا على سبيل المثال، في محاولة للشعور بقيمته وبأن هناك من يعتني به. ومن الأمثلة الأخرى لذلك: الإسراف ونوبات الشراء المتهور، وتعاطي الكحوليات أو المخدرات، والشره (الجدول 2 .1). ترتبط مثل هذه السلوكيات بهذه الصيغة عندما يكون المريض مندفعًا (دون أن يفكر حقًّا في المخاطر طويلة المدى)، وغالبًا ما يكون الدافع وراءه نوع من التمرد ضد صيغة المعاقِب ويهدف إلى إشباع الحاجة. قد يؤدي تعاطي الكحول والبنزوديازيبين، خاصةً معًا، إلى العجز عن التحكم في هذه الأنواع من الاندفاعات (ما يمثل وحده إشكالية بالفعل). الهدف العام من العلاج هو أن يتعلم المرضى الاعتراف باحتياجاتهم (بدلاً من محاولة تجاهلها) والتوصل إلى طرق صحية لتلبيتها.

الغرض من العلاج هو تعليم المريض أنه يحق له أن يكون غاضبًا، ولكن هناك طرقًا أخرى للتعبير عن شعوره هذا غير الطريقة المتهورة والمتطرفة التي يستخدمها حاليًّا.

تكون نوبات الغضب مندفعة وغير متوقعة. في حالة حدوث ذلك أثناء الجلسة، على المعالج التزام الهدوء وتحمل الغضب. عليه الحد من إظهار الغضب عندما يهدد المريض بإلحاق الضرر بالأشخاص أو الممتلكات، أو عندما يكون التعبير عن غضبه مهينًا لدرجة شعور المعالج بانتهاك حدوده.

الجدول 2 .1 أمثلة للسلوك المندفع

الإسراف في إنفاق المال تراكم الديون	يتسوق المريض دون خطة. يشتري أشياء كثيرة جدًّا أو باهظة الثمن بهدف التسرية عن النفس.
ممارسة العلاقة الحميمة مع شخص لا يعرفه	يندفع المريض لممارسة العلاقة الحميمة مع شخص يعامله بلطف ساعيًا في الحقيقة وراء الاهتمام والحب.

ترك المريض وظيفته فجأة.	حين تحدث مشكلة في العمل ويشعر المريض بأنه يعامل بطريقة غير عادلة، يقرر على الفور أنها ليست الوظيفة الملائمة له.
تعاطي الكحوليات والمخدرات	يفرط المريض في تناول الكحوليات والمخدرات لعدم اكتراثه بالعواقب.
الحمل دون خطة واضحة	يرغب المريض في طفل من أجل الرفقة.

كيفية التعرف على الطفل الغاضب / المندفع أثناء الجلسة

يكون المريض غاضبًا جدًّا.
يتصرف المريض باندفاعية وتهور.
يتحدث المريض بصوت أعلى وفي بعض الأحيان تصدر عنه حركات عدوانية.
يكون المريض غاضبًا من كل شيء وكل شخص.
لا يستمع المريض إلى الحجج المنطقية.
غالبًا ما تكون ثورات الغضب غير متوقعة.
قد تؤدي ثورة الغضب إلى إلحاق أضرار بدنية بالآخرين.
قد يتعاطف المعالج مع المريض عندما يرى الخطأ الذي تسبب في هذا الغضب.
تكون نبرة صوت المريض نبرة طفل صغير غاضب (صوت صارخ حاد)

الوالد المعاقب

عادةً ما يكون للوالد المعاقِب اسم. عندما يكون أيٌّ من الوالدين يمثل الوالد المعاقِب، يمكن منح هذه الصيغة اسمًا مثل «الأم المعاقِبة» أو «الأب المعاقِب» أو لقب المريض؛ مثل «السيدة جونسون» أو «السيد جونسون». في بعض الأحيان قد يكون المريض غير راغب أو قادر على منح الوالد المعاقِب اسمًا من منطلق شعور بالولاء (في غير محله) تجاه هذا الوالد. عندما تكون هذه هي الحال، يمكن للمريض أن يشير إلى هذه الصيغة باسم «الشخص المعاقِب» أو «المعاقِب».

بالعودة إلى المريضة نورا، يسخر الوالد المعاقِب من أسلوبها ويستخدم نبرة النبذ والإذلال؛ انظر: (ST step by step 5.20). يرى نورا سيئة وتستحق العقاب. يقول

الوالد المعاقِب إن نورا تستعرض وتمثل لا أكثر. عندما تفشل نورا، فذلك ببساطة لأنها لم تبذل جهدًا كافيًا. المشاعر لا تهم الوالد المعاقب، ووفقًا لهذا، فإن نورا لا تستخدم هذه الصيغة إلا للتلاعب بالآخرين. إذا حدث خطأ ما، يكون خطأها. وفي رأيها، يعتمد النجاح كليًّا على رغبتها في النجاح. إذا كانت تريد تحقيق شيء بصدق حقًّا، فستنجح في تحقيقه. إذا فشلت أو لم ينجح مسعاها، فهذا يعني أنها لم ترغب في تحقيقه بما فيه الكفاية. العديد من مرضى اضطراب الشخصية الحدية، أكثر من 50% تقريبًا، يختبرون هذه الصيغة كصوت، وليس كأفكار فقط. غالبًا ما يكون الصوت صدى لمقدم الرعاية الذي عاقب الطفل، ولأنه لا يوجد خطأ في الإسناد هنا - حيث يدرك المريض أن عقله هو الذي يصدر الصوت - فإننا لا نتعامل مع مثل هذا الصوت المعاقب باعتباره شكلًا من أشكال الذهان. لكن وفقًا لبعض التعريفات، يمكن اعتباره عرضًا ذهانيًّا. ولأن المرضى يخشون أن يعتبرهم الناس «مجانين»، فإنهم يترددون في إخبار المعالجين بأنهم يسمعون أصواتًا في وقت معايشة صيغة المعاقِب. لذلك قد يتعين على المعالج التحقق بلطف من شعور المريض في وقت معايشة هذه الصيغة، بأن يبين له أن العديد من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يختبرون هذه الصيغة كصوت، والبعض الآخر كأفكار، والعديد منهم في كلا الشكلين. وكما سبق أن أوضحنا، الطريقة التي يتم بها اختبار الصيغة ليست لها آثار علاجية مباشرة وعلى المعالجين ألا يخشوا ما يحدث أو يصرفوا الأدوية المضادة للذهان لمرضاهم إذا كان اختبارهم لصيغة الوالد المعاقِب يحدث في شكل صوتي.

نموذج للحوار بين المعالج والمريضة نورا وقت معايشة صيغة الوالد المعاقِب

المعالج: كيف حالكِ؟

المريضة: (بصوت غاضب) حالي سيئة.

المعالج: لماذا؟ هل حدث شيء سيئ؟

المريضة: لا، لقد فعلت شيئًا غبيًّا وأفسدت الأمر كله.

المعالج: إذن، الأمور لا تسير على ما يرام معك؟

المريضة: لا، أنا حالي ميئوس منها، والآن أزعجك أنت أيضًا.

عندما يكون الوالد المعاقِب موجودًا، تنكمش نورا الصغيرة ويصعب الوصول إليها.

في وقت معايشة هذه الصيغة، يعاقب المريض نفسه عن طريق حرمان نفسه من الأشياء الممتعة أو إتلافها عمدًا. قد يعاقب نفسه أيضًا بإيذاء نفسه أو محاولة إنهاء حياته. إنه يصدر العقوبات طوال الوقت، حتى فيما يخص علاقته بالمعالج؛ حيث يرفض مساعدته في علاجه من خلال رفض الأنشطة التي تعزز التحسن الصحي. يؤدي هذا غالبًا إلى الإنهاء المبكر للعلاج.

في وقت معايشة هذه الصيغة، يتمثل الهدف من العلاج في إيقاف القواعد والسلوكيات غير الصحية واستبدال قواعد ومعايير أكثر ملاءمة بها.

كيفية التعرف على الوالد المعاقِب أثناء الجلسة

يتحدث المريض عن نفسه بطريقة سلبية للغاية.

يكون عدوان المريض موجهًا نحو نفسه.

يكون محتوى كلام المريض شديد التطرف؛ إما أبيض أو أسود.

لا يبدو أن المريض يسمع ما يقوله المعالج.

يعيد المريض العبارات السلبية مرارًا وتكرارًا.

تكون نبرة الصوت التي يتحدث بها المريض مع المعالج قاسية ولكن ليست عالية (مثل صوت الكبار).

يشعر المريض بالخجل أو الذنب.

يتسم حديث المريض الذاتي بكلمات مثل «غبي» و«أحمق» و«مغفل» وما إلى ذلك.

يعتمد المريض على التفكير المغاير للواقع، كما لو كان يعرف مسبقًا كيف ستنتهي الأمور.

يصور المريض نفسه كأنه تسبب في التجارب السلبية متعمدًا، ولا يبدو عليه استيعاب لمفهوم سوء الحظ. هكذا يبدو أنه يعيش في عالم يحدث فيه كل شيء عن قصد، وأنه هو مصدر كل النيات السيئة.

الراشد السليم

قد يبدو من الغريب وجود «راشد سليم» عند التعامل مع مريض باضطراب الشخصية الحدية، ولكن هذه بالضبط هي الصيغة الذي يحتاج المريض إلى معايشتها والسماح لها بالسيطرة في النهاية. بسبب حرمانه من طفولة طبيعية وصحية، وكذلك بسبب الأحداث

الخارجة عن السيطرة خلال هذه الفترة، نادرًا ما تكون صيغة الراشد السليم حاضرة بقوة خلال المراحل الأولى من العلاج. تظهر الأبحاث أن معايشة مرضى اضطراب الشخصية الحدية لهذه الصيغة تكون في المتوسط ضعيفة بشدة.

إن افتقار المريض إلى التطور الصحي في مجالات مثل الترابط مع الآخرين والاستقلالية والتعبير عن الذات وتقدير الذات وسوء الحظ والمشاعر والاحتياجات العاطفية ونقص الخبرة في التعامل مع القيود الواقعية، يتطلب من المعالج أن يعمل كممثل لهذه الصيغة الصحية خاصة في بداية العلاج.

ومع ذلك، فإن الراشد السليم هو الذي يضمن في البداية أن يسعى المريض إلى العلاج ويستمر فيه. في مراحل لاحقة من العلاج، تساعد هذه الصيغة المريض على تحقيق أهداف صحية. هذه الأهداف العلاجية مثل بناء العلاقات مع الآخرين، والبحث عن فرص في التعليم أو العمل، وغيرها من الأنشطة التي يستمتع بها المريض ويكون قادرًا على إكمالها، ضرورية لإكمال العملية العلاجية بنجاح. أثناء وجود المريض في هذه الصيغة يستطيع إظهار مشاعره، والأدهى أنه يصبح قادرًا على التحكم في تعبيره، وهي مهارة ضرورية لمريض اضطراب الشخصية الحدية؛ انظر: (ST step by step 5.23).

كما ذكرنا سابقًا، يقوم المعالج في بداية العلاج بدور هذه الصيغة «الصحية». بحلول نهاية العلاج، يسيطر الراشد السليم ويتطور بحيث يتسلم هذا الدور من المعالج ليتولاه بنفسه، ويتمم العلاج بطريقة صحية وملائمة.

كيفية التعرف على الراشد السليم أثناء الجلسة

يستطيع المريض رؤية المشكلة من وجهات نظر مختلفة.

يطلب المريض المساعدة بطريقة ملائمة.

يستطيع المريض التعبير عن الغضب بطريقة خاضعة للسيطرة.

يظهر المريض الحزم الكافي.

يفهم المريض أن لدى الآخرين آراء واحتياجات مختلفة عن آرائه واحتياجاته ويستطيع التعامل مع ذلك.

يتمكن المريض من الاستمتاع بالأنشطة الممتعة.

نبرة صوت المريض تلائم مشاعره.

الطفل السعيد

تكون صيغة الطفل السعيد، أو نورا السعيدة، ضعيفة جدًّا في بداية العلاج؛ لأن هذا الجزء كان دائمًا ما يتم انتقاده أو حتى منعه كليًّا على يد الوالد المعاقِب. كان التعبير عن الذات يُقمع ويُعاقب دائمًا.

نورا السعيدة تشعر بالفرح والاسترخاء والقبول والحب والمرح، وتكون راضية عن حياتها؛ انظر: (ST step by step 5.06).

ترى نورا أنها قادرة على الوثوق بالآخرين وتشعر بأنها مرتبطة بهم. كما ترى أن الأشياء الجادة في الحياة، مثل العمل وتدبير شئون المنزل، يجب أن يتم التناوب بينها وبين الاسترخاء والقيام بالأشياء التي تحبها.

في وقت معايشة هذه الصيغة، تقوم نورا بأشياء مضحكة وممتعة، مثل اللعب مع الأصدقاء أو الأطفال، أو زيارة المتنزهات الترفيهية، أو الذهاب إلى السينما. كما يكون لديها فضول لتجربة أشياء جديدة.

الغرض من العلاج هو تكثيف الأنشطة التي تستثير نورا السعيدة. معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية ليست لديهم أية فكرة عن كيفية معايشة صيغة الطفل السعيد؛ لأنهم لم يُسمح لهم بالمرح أبدًا. في بداية العلاج، يصعب الشعور بالراحة والاسترخاء بسبب صيغتي المنفصل الحامي والوالد المعاقِب. في وقت معايشة صيغة المنفصل الحامي، لا يشعر المريض بشيء على الإطلاق. إذا قمعت مشاعرك السيئة، فإنك تقمع كل المشاعر الجيدة أيضًا. من المهم شرح ذلك لمرضاك ومطالبة المنفصل الحامي بالاختفاء. إذا تمت استثارة الوالد المعاقِب، يُنظر إلى السخرية أو اللعب باعتباره سخافة وحماقة، أو حتى دليلًا على الغباء وانعدام القيمة. إذا حدث هذا، على المعالج مقاومة الوالد المعاقِب أولًا كي يفسح المجال للطفل السعيد.

كيفية التعرف على الطفل السعيد أثناء الجلسة

المريض يضحك.

المريض يتحدث بحماس عن الأشياء التي سارت على ما يرام. المريض يتحدث عن أشياء لطيفة قام بها مع الآخرين.

المريض يبدو مسترخيًا أو سعيدًا.

المريض يشعر بالتعلق بالمعالج.

ملخص

هناك قول مأثور مفاده أن الحاجة أم الاختراع. لقد ابتُكر العلاج التخطيطي بدافع الحاجة. كان من الضروري تجاوز نطاق الأساليب المعرفية؛ لأنها لم تكن مفيدة بما يكفي في علاج مشكلات الشخصية. من خلال تعديل التقنيات من مدارس العلاج الأخرى وتكييفها في إطار معرفي، تم إنشاء شكل جديد من العلاج المتكامل؛ وهو «العلاج التخطيطي».

تثبت نتائج الأبحاث أنه يمكن للمرضى التعافي أو التحسن من اضطراب الشخصية الحدية باستخدام العلاج التخطيطي. لا يؤدي العلاج التخطيطي إلى تغيير الأعراض فحسب، بل يشعر العديد من المرضى بأن شخصيتهم تغيرت كذلك، وأنهم صاروا أكثر قدرة على التعامل مع العلاقات الإنسانية والمهنية، وأن طبيعة حياتهم ومستوى سعادتهم تحسن بشكل كبير. المهم أيضًا أن هذا العلاج فعال من حيث التكلفة، كما أنه يحظى بقبول واسع لدى معظم المرضى، حيث يشعرون بأن العلاج التخطيطي شامل، ويتصدى لما يبحثون عنه في العلاج.

تحاول صيغ المخطط إعطاء نظرة ثاقبة عن سبب معاناة مرضى اضطراب الشخصية الحدية من التغيرات المزاجية الحادة والسلوكيات الجامحة. سنواصل الآن وصف المراحل المختلفة للعلاج (الفصل 3)، وأهم التقنيات (الفصول 5 – 8) ثم سنعود بعد ذلك إلى صيغ المخطط في الفصل 9 لشرح كيف يمكن تطبيق تقنيات مختلفة مع الصيغ المختلفة في مراحل العلاج المختلفة.

3

العلاج

تتم عملية التغيير في العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية عبر ثلاثة مسارات متميزة: الشعور والتفكير والعمل. تتوافق هذه المسارات مع المستويات الثلاثة لتمثيل المعرفة الموجودة في المخططات: المعرفة الصريحة (التفكير)، والمعرفة الضمنية المحسوسة (الشعور أو التمثيلات العاطفية) والتمثيلات التشغيلية (العمل).

بالإضافة إلى هذه المسارات الثلاثة، يمكننا أيضًا التمييز بين أربع ركائز مختلفة يمكن معالجتها بواسطة هذه المسارات. هذه الركائز هي الحياة خارج إطار العلاج، والخبرات في إطار العلاج، والتجارب السابقة، والحياة المستقبلية. يتم عرض المسارات والركائز في مصفوفة في الجدول 3 .1 بحيث تتضح التقنيات العلاجية ذات الصلة التي يمكن تطبيقها بشكل أفضل على الركائز المختلفة.

بغض النظر عن الموضوع الذي يركز عليه المريض أو المسار الذي يتم تجربته، لا يمكن أن تنجح هذه التقنيات إلا عند بناء مستوى معين من الثقة والتعلق بالمعالج (انظر الجدول 3 .1). نظرًا لأهمية العلاقة بين المريض والمعالج، سنتناول تفاصيل العلاقة العلاجية في العلاج التخطيطي في الفصل 4 بعد مناقشة العلاج في هذا الفصل. بعد معالجة العلاقة العلاجية، سننتقل إلى التقنيات. أولًا: سنناقش تغيير المعرفة الضمنية في الفصل 5 (الأساليب التجريبية)، ثم التفكير أو المعرفة الصريحة في الفصل السادس (الأساليب المعرفية)، وأخيرًا «العمل» أو تغيير التمثيلات التشغيلية في الفصل 7 (الأساليب السلوكية). في الفصول التالية يمكن العثور على جميع الموضوعات التي تم تلخيصها في المصفوفة (الجدول 3 .1). ومع ذلك، سنقوم أولًا بفحص المراحل التي ينطوي عليها نهج العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية.

الجدول 3 .1 التقنيات العلاجية

الركيزة	المسار		
	الشعور	*التفكير*	*العمل*
خارج إطار العلاج	* لعب الأدوار في المواقف الحالية * تخيل المواقف الحالية * التدرب على الشعور * التعرض لمواقف إظهار المشاعر	* الحوار السقراطي * صياغة مخططات صحية جديدة وتعزيز صيغة الراشد السليم * حوارات المخطط * البطاقات الإرشادية * سجل الإيجابيات * دائرة الرقابة الذاتية	* التجارب السلوكية * مهارات لعب الأدوار * حل المشكلات * تجربة سلوك جديد
في إطار العلاج	* إعادة التربية المحدودة * المواجهة التعاطفية * تعيين الحدود * تبديل الأدوار بين المعالج والمريض	* التعرف على مخططات المريض وصيغه في العلاقة العلاجية * إيجابيات وسلبيات صيغ التأقلم * أفكار إشكالية حول المعالج * الإفصاح عن الذات	* التجارب السلوكية * تعزيز السلوك الوظيفي * المهارات التدريبية المتعلقة بالعلاقة العلاجية * المعالج كقدوة
الماضي	* إعادة صياغة الذكرى * لعب أدوار من الماضي * تقنية كرسيين أو أكثر * كتابة الرسائل	* إعادة تفسير الأحداث الماضية والاندماج في مخططات جديدة * اختبار سيرة المريض	* اختبار سلوكيات جديدة على أشخاص مهمين من الماضي
المستقبل	* التخيل أو لعب الأدوار حول مواقف في المستقبل القريب * تقنية كرسيين أو أكثر: الحوار بين الصيغ المختلة (القديمة) وصيغة الراشد السليم	* وضع أهداف جديدة للمستقبل على أساس الاحتياجات والاهتمامات والمواهب * توقع تمثيل المخططات في المواقف الصعبة * اختيار أي المواقف والأنشطة التي يريد - أو لا يريد - المريض الانخراط فيها، والأشخاص الذين يريد - أو لا يريد - التعامل معهم.	* اختبار السلوكيات الجديدة على الأشخاص الجدد في حياة المريض * تكوين صداقات جديدة * استكشاف وتجربة أنشطة جديدة (مثل التعليم أو العمل)

كما يتم عرض معظم التقنيات أيضًا في الإنتاج السمعي البصري داخل الدليل *Schema Therapy Step by Step*, van der Wijngaart and van Genderen,) 2018). الغرض من هذا الإنتاج هو تعريف المعالجين بجميع جوانب العلاج التخطيطي. عند الاقتضاء، سنشير فيما بعد إلى المشاهد ذات الصلة.

هيكل العلاج

يبدأ العلاج ببيان شامل للمشكلات التي يعاني المريض بسببها. يتم ذلك بالاقتران مع شرح شامل لصيغ المخطط. كما تتضمن الجلسات الأولى مناقشة موضوعات عملية، مثل معدل تكرار الجلسات (مرة أو مرتين في الأسبوع) والمدة المتوقعة للعلاج (سنة ونصف أو أكثر إذا لزم الأمر).

إذا لم يكن المريض قادرًا على الاستمرار في العلاج لمدة طويلة لأسباب عملية (كالانتقال إلى مدينة أخرى بعيدة) أو لا يرغب في الانخراط في مثل هذا العلاج الطويل، فمن المستحسن عدم البدء بالعلاج، وإحالة المريض إلى شكل آخر من أشكال العلاج. الأمر نفسه ينطبق على المعالج. إذا كان غير قادر على العمل مع المريض لمدة طويلة، فلا ينبغي أن يبدأ العلاج التخطيطي مع مريض باضطراب الشخصية الحدية. إذا توقف عن العلاج في المنتصف، فهناك خطر كبير في أن يشعر المريض بالهجر والخيانة مرة أخرى وقد يصاب بانتكاسة خطيرة. عندما يضطر المعالج إلى إنهاء العلاج مبكرًا بشكل غير متوقع، من المهم جدًّا أن يأخذ وقتًا كافيًا لمناقشة هذا الأمر مع مريضه وتحمل جميع ردود فعل المريض دون الدفاع عن نفسه. يجب أن يضع في اعتباره أن ردود الفعل المتطرفة مصدرها الصيغ وليس الراشد السليم؛ لذلك، عليه أن يحاول تكييف رد فعله مع الصيغة المهيمنة. على المعالج أيضًا أن يبذل قصارى جهده للعثور على معالج تخطيطي آخر، ونقل المريض إليه بصورة إيجابية، وإجراء جلسة واحدة أو جلستين مشتركتين على الأقل.

هناك مسألة أخرى يجب الاتفاق عليها وهي استعداد المريض للتحدث عن ماضيه وتربيته. إذا رفض ذلك رفضًا تامًّا، فمن الأفضل إحالته إلى علاج أكثر تركيزًا على الوقت الحاضر. هذا لا يعني أنه يجب ألا تبدأ بمريض يقول إن لديه القليل من الذكريات أو ليست لديه ذكريات من طفولته. هناك احتمال كبير جدًّا في أن يستطيع المعالج مساعدة المريض في العثور على الذكريات ذات الصلة لاحقًا خلال العلاج (انظر الفصل 5).

يوصى بتسجيل الجلسات العلاجية. يمتلك معظم المرضى هواتف ذكية ويستخدمونها لتسجيل الجلسة. يطلب المريض الاستماع إليها قبل انعقاد الجلسة

التالية، فالاستماع إلى الجلسات المسجلة يقوي تأثير العلاج. لا أحد قادر على دمج جميع المعلومات المتضمنة في جلسة واحدة؛ لذلك فهي أداة مفيدة جدًّا للمريض يستمع من خلالها إلى الجلسة المسجلة. غالبًا ما يسمع المريض ويفهم ما قيل أثناء الجلسة عند الاستماع إلى التسجيل. أثناء الجلسة الفعلية يمكن أن يكون المريض في وقت معايشة صيغة تمنعه من الإصغاء أو معالجة المعلومات. يمكن أن تشوه الصيغ كيفية فهم النبرة واللغة، وبالتالي تؤثر بشدة في معالجة المعلومات. وبسبب هذا، فإن الاستماع أو إعادة الاستماع إلى الجلسات المسجلة لا يكرر ما حدث في الجلسة نفسها فحسب، بل يكون دليلًا على ما قيل وحدث أثناء الجلسة أيضًا. ومع ذلك، على المعالج ألا يحاول إجبار المريض على الاستماع إلى التسجيلات إذا رفض. من المستحسن استكشاف الأسباب وفهمها من الصيغة التي يعايشها المريض (أي صيغة ترفض الاستماع؟)، وإعطاء الأولوية للموضوعات الأهم عندما يتعلق الأمر بالتغيير.

أخيرًا، من المهم أن يتم الاتفاق على متى يكون المعالج متاحًا. يحتاج المريض إلى إرشادات واضحة حول متى يمكنه (ومتى لا يمكنه) الاتصال بالمعالج خارج وقت الجلسات. في كثير من الأحيان، يعتبر البريد الإلكتروني خيارًا جيدًا لكليهما للحفاظ على التواصل خارج وقت جلسات العلاج، ولكن المعالج بحاجة إلى أن يوضح بالتقريب عدد المرات التي يقرأ فيها رسائل البريد الإلكتروني، ومدى السرعة التي سيستجيب لها بها، وعدد مرات هذه الاستجابة. يحتاج المريض إلى معرفة النهج الذي يجب اتخاذه عندما تقترب الأزمة وإلى من يمكنه التوجه عندما لا يكون المعالج متاحًا (انظر الفصل 4). عادةً ما يكون هناك عضو آخر في مجموعة إشراف الأقران يشارك في العلاج عن بعد. يمكن أن يحل محل المعالج مؤقتًا إذا لزم الأمر، في حالة الإجازات أو المرض على سبيل المثال.

نموذج استماع إلى جلسة مسجلة

ذكرت نورا أنها ترى أسئلتي حول أي حدث خلال الجلسات باعتبارها عقابًا. كانت ترى أن ما أريد أن أقوله لها حقًّا هو أنها ارتكبت خطأ وأنها هي السبب في العواقب الناتجة. كانت تعايش صيغة الوالد المعاقب. عندما استمعت نورا لاحقًا إلى التسجيل أثناء معايشة صيغة من صيغ الطفل الصغير أو صيغة الراشد السليم، تمكنت من سماع نبرة صوتي الحقيقية، وأدركت أنني كنت مهتمًّا بكيفية سير الأمور وأنني لم أكن أحكم عليها.

مراحل العلاج

لا يحتوي العلاج التخطيطي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية على بروتوكول ثابت يصف لكل جلسة المشكلات التي تجب معالجتها. ففي نهاية المطاف، هذا علاج يغطي أكثر من عام. ومع ذلك، هناك عدد من المراحل المميزة في العلاج، التي سيتم وصفها لاحقًا. من المهم في بروتوكول العلاج التخطيطي أن يدرك المعالج أفضل طريقة للتعامل مع الصيغ المختلفة. نظرًا لأهمية ذلك، فإننا بعد وصف الأساليب العلاجية المنفصلة (الفصول 5 – 8)، اخترنا تخصيص فصل حول كيفية تعامل المعالج مع كل صيغة خلال مراحل العلاج المختلفة (الفصل 9). في الفصل العاشر سنتحدث بمزيد من التفصيل عن المرحلة الأخيرة من العلاج.

على الرغم من عدم وجود ترتيب محدد لهذه المراحل، فإن هناك أربع فترات علاجية مميزة. قد تحذف بعض المراحل، بينما قد يتكرر البعض الآخر في مرحلة لاحقة من العلاج. هذه المراحل هي:

1 مرحلة البداية وتصور الحالة.
2 مرحلة إدارة الأزمات.
3 مرحلة العلاج: التدخلات العلاجية للتعامل مع صيغ المخطط.
4 المرحلة النهائية من العلاج.

مرحلة البداية: علاج الاضطرابات المرضية المصاحبة

أي اضطراب يحتاج إلى اهتمام فوري ولا يمكن النظر إليه كنتيجة لاضطراب الشخصية الحدية وسيختفي مع العلاج المناسب له. يجب الانتباه إلى هذه الاضطرابات أولاً قبل النظر في علاج اضطراب الشخصية الحدية. ويجب أن يكون هذا واضحًا بالفعل من مرحلة التشخيص، حيث يمكن أن يكون الاضطراب الآخر هو الاضطراب الأساسي (ما يجعل اضطراب الشخصية الحدية هو الاضطراب الثانوي). هناك عدد محدود من الاضطرابات التي تتطلب الانتباه على وجه التحديد قبل أن تبدأ العلاج التخطيطي. كما هو موضح في القسم الخاص بموانع الاستعمال (الفصل 2)، فإن هذا ينطوي على عدد محدود من الاضطرابات. في جميع الحالات الأخرى، قد يتم حذف علاج الاضطرابات الأخرى غير اضطراب الشخصية الحدية قبل أن تبدأ علاج اضطراب الشخصية الحدية. من الممكن أن تظهر أعراض مثل هذه الاضطرابات أو تعود في مرحلة لاحقة من العلاج. في هذه الحالة، قد يكون من الضروري العودة إلى علاج متخصص لهذه

الاضطرابات، والذي أحيانًا يمكن إجراؤه بالتوازي مع العلاج التخطيطي، بينما في حالات أخرى يجب قطع العلاج التخطيطي مؤقتًا (مثلما يحدث في حالة التخلص من السموم). لن تتم مناقشة علاج مثل هذه الاضطرابات في هذا الكتاب؛ لأن علاجها لا يختلف بالنسبة للمرضى الذين لا يعانون اضطراب الشخصية الحدية ويمكن العثور عليها بشكل كافٍ في مؤلفات أخرى.

نظرًا لأن وجود أمراض مصاحبة هو القاعدة، فإننا لا نوصي باستبعاد المريض من العلاج التخطيطي بسبب الأمراض المصاحبة. لقد نجحنا في علاج مصابين بما يصل إلى سبعة اضطرابات مرضية مصاحبة على سبيل المثال. ما يوصى به هو دمج الأمراض المصاحبة في تصور الحالة. بعبارة أخرى، يجب أن يشرح المخطط كيفية ارتباط الاضطرابات المصاحبة بالصيغ. من خلال فهم وظيفة المشكلات المرضية المصاحبة، أو كيفية ظهورها بسبب الصيغ، يمكن أن يدمجها المعالج في نموذج صيغ المريض. ينصب تركيز العلاج التخطيطي بشكل أساسي على الصيغ، لا على الأعراض أو الاضطرابات. فقط عندما لا يتغير عرض أو اضطراب معين على الرغم من معالجة الصيغة المرتبطة به بنجاح، ينبغي النظر إلى تقنيات (أو أدوية) محددة لهذه المشكلات المتبقية.

مرحلة البداية وتصور الحالة

معلومات عن نورا

نورا امرأة تبلغ من العمر 25 عامًا تعاني بسبب القلق، وتصاعد الخلافات مع زوجها، وإيذاء النفس، وتقلب المزاج، ونوبات الاكتئاب. تعيش نورا وحدها وشبكتها الاجتماعية محدودة، حيث إنها ليس لديها سوى صديقة مقربة واحدة فقط.

ليس لزوجها عمل منتظم. وهو يتعاطى المخدرات والكحول.

تقوم نورا بخدمة تنظيف المنازل نحو 24 ساعة في الأسبوع.

صورة نورا الذاتية متدنية للغاية ولديها شكوك راسخة حول قدراتها. لم تحصل نورا على تعليم عالٍ رغم ذكائها الواضح. بسبب انعدام الأمان تتجنب نورا الأنشطة الاجتماعية التي تشعرها بالوحدة والاكتئاب. إذا لم تستطع تجنب

التواصل الاجتماعي، فإنها تدعي قوة وصلابة لا تمتلكها ما يجعلها منهكة ومستنزفة.

نشأت نورا في أسرة مكونة من أخين وأخت. كان والدها رجلًا مسيطرًا وعدوانيًّا وسكيرًا بسبب شعوره الدائم بغياب الأمان. بدون الكحول كان يتعدى على أسرته لفظيًّا، وعندما يسكر يتعدى عليها بدنيًّا كذلك. الأم امرأة لطيفة طيبة، ولكنها أيضًا امرأة قلقة وخاضعة. خوفًا من زوجها، أبقت فمها مغلقًا ولم تَحْمِ أطفالها. بعد نوبات غضب الأب، كانت تحاول دائمًا التستر على أية إساءات. كانت تردد عبارات مثل: «أنتِ تعرفين أباكِ» أو: «من الأفضل أن تبقي هادئة؛ لأن قول أي شيء سيزيد الأمور سوءًا».

إذا زادت الأمور على الحد، كانت الأم تذهب إلى بيت أبيها وتبقى هناك لأيام في بعض الأحيان. كان ذلك يرعب نورا لأنها لم تكن تعرف أبدًا ما إذا كانت الأم ستعود ومتى. لم تستطع الأم رعاية أسرتها، وكانت تدعو نورا في كثير من الأحيان لمساعدتها.

لطالما شعرت نورا بالوحدة والاختلاف عن جميع أقرانها. كانت أسرتها مختلفة وكان الناس يخشون والدها. أبلت نورا بلاءً حسنًا في المدرسة لأنها تتمتع بذكاء أعلى من المتوسط، ولكن نظرًا للمشكلات الأسرية، لم تتمكن إلا من إتمام تعليم منخفض المستوى.

من الناحية التشخيصية، تعاني نورا اضطرابًا اكتئابيًّا متكررًا في حالة هدأة جزئية، واضطراب قلق اجتماعي عام، واضطراب الشخصية الحدية مع سمات اعتمادية وانعزالية.

تتضمن المرحلة الأولية من العلاج ما يقرب من خمس جلسات يتم خلالها وضع تصور للحالة. يستخدم المعالج ثلاثة مسارات لجمع المعلومات اللازمة لبناء نظرة عامة شاملة على المشكلات الفعلية، وأصل المخططات والصيغ والعلاقة بين هذه الجوانب. هذا يعني أنه يحاول جمع المعلومات عبر المسارات المعرفية والسلوكية والتجريبية.

الطرق المختلفة لجمع المعلومات هي:

الطريقة المعرفية:

- المقابلة التشخيصية (الحصول على معلومات من العلاجات السابقة)

- تقنية السهم المتجه للأسفل
- الاستبيانات

الطريقة السلوكية:

- الحصول على معلومات من العلاقة العلاجية
- أنماط السلوك التي يبلغ عنها المريض (أو المعالج المحيل، أو الأسرة)

الطريقة التجريبية:

- التخيل ولعب الأدوار من سيرة المريض بتقنية كرسيين أو أكثر

المقابلة التشخيصية: في البداية يتم إجراء مقابلة تشخيصية كاملة. خلال هذه المقابلة، يصف المريض جميع المعلومات المتعلقة بمشكلاته وشكاواه بالتفصيل. يتم إجراء مقابلة شخصية شاملة، ويبدأ المعالج بحثه عن العلاقة مع الوالدين/مقدمي الرعاية والأحداث المحتملة ذات الصلة ببناء المخططات المختلة. وقد يجد المعالج أن المعلومات الواردة من العلاجات السابقة مهمة للغاية؛ انظر: (ST step by step 1.01). هذا مسار أكثر تركيزًا على المعرفة.

في المقابلة التشخيصية، يفحص المعالج أيضًا موانع الاستعمال قبل متابعة العلاج (انظر الفصل 2) بالإضافة إلى قياس مستوى أداء المريض وأعراض اضطراب الشخصية الحدية. إذا كان المعالج يعمل في مركز للصحة العقلية، فعادة ما يتم التحقق من موانع الاستعمال بالفعل، ولكن نظرًا لوجود قائمة انتظار في الغالب، يُنصح المعالج بفحصها مرة أخرى بحثًا عن التغييرات المحتملة.

تقنية السهم المتجه للأسفل: أحد الأساليب المعرفية التي تساعد على جمع المزيد من المعلومات حول مخططات المريض هو تقنية السهم المتجه لأسفل والموصوفة على نطاق واسع في الدراسات السابقة الخاصة بالعلاج المعرفي. وعلى هذا، سنكتفي بتلخيص موجز لهذه التقنية فيما يلي.

عندما يصوغ المريض أفكارًا حول مواضيع تبدو مهمة جدًا في شرح المشكلات، يحسن بالمعالج طرح أسئلة حول معنى هذه الأفكار. ويجب ألا يبدأ استكشاف أو تقييم الدليل على هذه الفكرة، بل يسأل: «ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟». إذا كان الجواب غير واضح، فعليه أن يكرر هذا السؤال عدة مرات. في معظم الأوقات، لا يكون المريض

قادرًا على تحديد المخطط الأساسي على الفور؛ لذلك يحسن بالمعالج طرح المزيد من الأسئلة للكشف عنه. في البداية، عليه أن يوضح للمريض أنه يتعاطف مع أفكاره ومشاعره السلبية، لكن عليه أن يوضح أيضًا أن لديه المزيد من الأسئلة التي تستهدف فهم مشكلة المريض بشكل أفضل. يمكنه استخدام الأسئلة التالية:

- إذا كان هذا صحيحًا حقًا فماذا في ذلك؟
- ما السيئ في ...؟
- ما أسوأ جزء في ...؟
- ما الذي يقوله ذلك عنك (عن الآخرين)؟

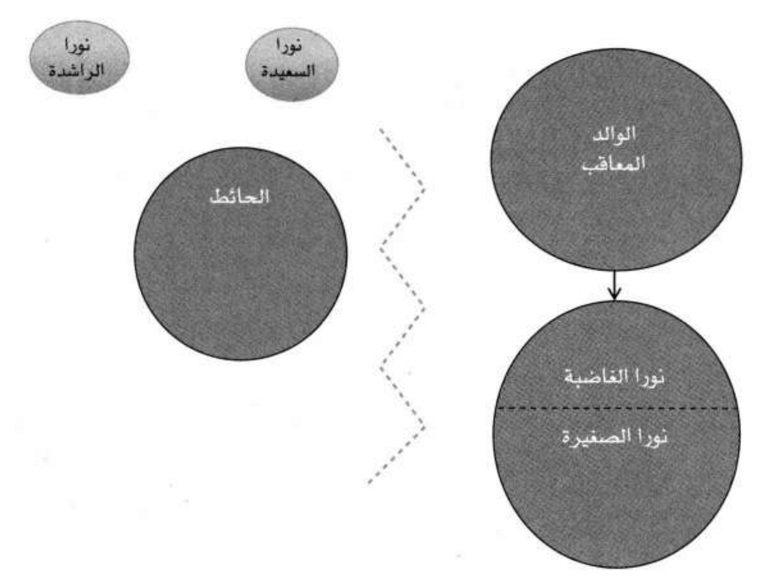
يحسن بالمعالج التوقف عن تقنية السهم المتجه لأسفل عندما يكتشف فكرة أساسية مهمة على مستوى المخطط أو عندما يُظهر المريض تحولًا سلبيًا في التأثير.

الاستبيانات: لتقييم مخططات المريض وصيغه، يكمل المريض استبيان مخطط مرحلة الطفولة (YSQ; Young, 1999)، وبيان صيغ المخطط (SMI، Lobbestael, Van Vreeswijk & Arntz, 2008) واستبيانات أخرى يخضع لها المريض خلال الجلسات القليلة الأولى. تتم مناقشة النتائج مع المريض. يمكن أن يكون بيان التربية مفيدًا في توضيح العوامل التي أثرت في الوصول إلى الصيغ. مؤشر شدة اضطراب الشخصية الحدية يحدد من خلال مقابلة منظمة تقيم مدى خطورة وتكرار أعراض وتعبيرات اضطراب الشخصية الحدية التي تفي بمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية وتم اختبارها خلال الأشهر الثلاثة السابقة (Arntz et al., 2003; Giesen-Bloo et al., 2006; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz،2010)

بمساعدة القائمة المرجعية لاضطراب الشخصية الحدية، يمكن للمريض أن يوضح إلى أي مدى كانت أعراض اضطراب الشخصية الحدية عبئًا عليه في الشهر الماضي (Bloo, Arntz, & Schouten, 2017). يتضمن استبيان أفكار اضطراب الشخصية (PDBQ) مقياسًا فرعيًا لعبارات تتعلق تحديدًا باضطراب الشخصية الحدية (Arntz, Dreessen, Schouten, & Weertman, 2004). ومن خلال استبيان أفكار اضطراب الشخصية تم اشتقاق سلسلة من العناصر الخاصة باضطراب الشخصية الحدية (Butler, Brown, Beck, & Grisham, 2002).

عندما يحصل المريض على درجة عالية في استبيان مخطط مرحلة الطفولة أو بيان صيغ المخطط، نستطيع التأكد من أن المشكلة خطيرة، لكن لا تغفل حقيقة أن الاستبيانات توفر أحيانًا معلومات غير كاملة أو متحيزة. بسبب اضطراب الشخصية، قد لا يرغب المرضى في الكشف عن معلومات محددة، وقد يقدمون صورة أفضل عن أنفسهم لدرجة يصعب تصديقها، وقد يبالغون في تصوير المشكلات الحقيقية. قد لا يكون المرضى على دراية بصيغ أو مخططات معينة، وقد يسيئون تفسير العناصر، أو يستجيبون بطريقة يتوهمون أنها مرغوبة. عادةً لا يبلغ المعايشون لصيغ التعويض المفرط عن صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته (أو أية صيغة من صيغ الطفل الضعيف)، التي يتم توقعها من خلال نظرية صيغ المخطط؛ لأن صيغ التعويض المفرط تجعل المريض يظن أنه العكس (Bamelis, Renner, Heidkamp, & Arntz, 2011). لحسن الحظ، الاستبيانات ليست الطريقة الوحيدة لجمع المعلومات حول مخططات وصيغ المريض. ولهذا يُنصح المعالج باستخدام شتى أنواع المعلومات خلال الصياغة التعاونية لنموذج الصيغ، بما في ذلك طلب المريض للمساعدة، ووصفه للمشكلات والعلاقات الحالية والسابقة، وتاريخ الدراسة/العمل، وتاريخه التطوري، ومعلومات الملف بما في ذلك العلاجات السابقة، وسلوك المريض أثناء الجلسات. كما قد يظهر المخطط أو الصيغة أثناء استخدام الأساليب التجريبية، مثل التخيل، أو عندما تكون المحفزات الظرفية شديدة القوة بحيث لا يمكن تجنبها أو الإفراط في تعويضها بعد الآن. إذا أبلغ المريض عن عدد استثنائي من الصيغ (أو المخططات)، فعلى المعالج أن يحاول - بالتعاون معه - اختيار أهمها، بحيث يظل نموذج الصيغ قابلًا للفحص. الاحتمال الآخر هو الجمع بين صيغتين لهما وظيفة مماثلة في صيغة واحدة. وتعد صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته، وصيغة الطفل الغاضب/المندفع مثالين لعمليات الدمج المذكورة (انظر الشكل 3.1).

يمكن دمج التعليقات على نتائج الاستبيانات بشكل أفضل في المحادثة حول الشكاوى والتجارب. من خلال الحديث عن تجربة المريض، تشمل مناقشة المخطط أو الصيغة أفكار المريض وآراءه. يجب أن تشمل مناقشة المخططات أكثر من مجرد ذكر أسماء المخططات أو الصيغ والنتائج. إن تثقيف المريض حول مشاعر المخطط أو الصيغة المهيمنة يساعده على التعرف على المخطط أو الصيغة ذات الصلة ومعرفة أن المعالج يفهمها (ST step by step 1.02 and 6.06).



الشكل 3 .1 تصور حالة نورا

معلومات من العلاقة العلاجية: كي يشعر المريض بالأمان والتفهم من الجلسة الأولى، على المعالج أن يتخذ موقفًا وديًّا ومنفتحًا ومتفهمًا (انظر الفصل 4: «إعادة التربية المحدودة»). عليه أن يقضي وقتًا طويلًا مع مشكلات المريض الحالية ويتعاطف مع مشاعره. بالاشتراك مع المريض، على المعالج أن يفحص المواقف التي تثير لدى المريض مشاعر حادة. وعليه أيضًا أن ينظر إلى كيفية تعامل المريض مع مشكلاته في العادة وإلى أي مدى يكون هذا مفيدًا في حله. على المعالج أن يطلع نفسه على توقعات المريض تجاه العلاج والمعالج ويسأل عن خبرات المريض السابقة مع العلاج. غالبًا ما يكون لدى المريض خبرة في عدد من العلاجات المختلفة بالفعل، التي قادت إلى نتائج محدودة أو كان لها تأثير ضار، مثل عدم الثقة (أو حتى اعتداء المعالج الجنسي على المريض في بعض الأحيان)؛ لذلك، يجب أن يدرك المعالج أن المريض قد لا يثق به مسبقًا. على المعالج أن يشرح إلى أي مدى يمكن تلبية توقعات المريض في العلاج وما هي قواعد العلاج العامة (انظر المناقشة في الفصل 4).

على المعالج أن يهتم بشدة بالطريقة التي يعامل بها المريض. ومن سلوك المريض يمكنه جمع معلومات حول المخططات والصيغ وإستراتيجيات التأقلم الخاصة به.

نادرًا ما تبدأ عملية علاج مريض اضطراب الشخصية الحدية بمحادثة هادئة لجمع المعلومات ووضع تصور للحالة. لا ينبغي أن يتفاجأ المعالج عندما تكون عملية جمع المعلومات أشبه بركوب الأفعوانية، وليست رحلة هادئة في سيارة. سيتضح من اليوم الأول أن المريض غير مرتاح أو أن الصيغة التي يعايشها تسمح له بالدخول في علاقة بناءة مع المعالج. ستتم مناقشة بناء العلاقة العلاجية وجمع المعلومات في الفصل التالي.

الأساليب التجريبية: بعد تفنيد سيرة المريض، يبني المعالج علاقات بين أحداثها وبين أوقات ظهور صيغ المخطط. على المعالج أن يحلل تجارب الماضي التي أسهمت في المشكلات الحالية، وهذا ليس سهلًا باستخدام الأساليب المعرفية. هنا يوصى باستخدام تمرين التخيل لتحديد الرابط بين الماضي والحاضر (انظر الفصل 5) أو تقنية كرسيين أو أكثر (انظر الفصل 6). نوصي باستخدام التخيل مرة أو مرتين على الأقل في مرحلة تصور الحالة. وبهذه الطريقة يمكن للمريض اكتشاف الروابط بين مشكلاته الحالية وصيغ المخطط الخاص به أو بين ماضيه وصيغ هذا المخطط؛ انظر: (TS pets yb pets 1.03). إذا كان المريض غير قادر على تخيل أحداث الماضي المؤلمة، يحسن بالمعالج اقتراح تخيل ذكرى مع والده و/ أو والدته. يجب ألا يكون الموقف مزعجًا؛ يمكن أن يكون محايدًا أو تقليديًّا. عادةً ما يوفر التخيل معلومات مهمة لتصور الحالة.

تصور *الحالة*: في هذه المرحلة يقوم المعالج والمريض معًا بوضع تصور للحالة بناءً على نموذج الصيغ (انظر الفصل 2). يتم وصف الصيغ المختلفة للمريض بحيث يمكنه فهمها وتمييزها (انظر الشكل 3 .1). يجب ربط الصيغ المختلفة بالتجارب ذات الصلة من الشكاوى السابقة والحالية؛ انظر: (ST step by step 1.05 ,1.04)

يوصى بربط المخططات ذات الصلة بكل صيغة لفهم أية مخططات تتم استثارتها عند ظهور أية صيغة من تلك الصيغ. من المهم معرفة أنه عند استثارة صيغة مخطط الطفل المهجور/ المساء معاملته يكون مخطط سوء الثقة/سوء المعاملة هو الأكثر بروزًا لدى المريض (س) وتكون المشكلة الأساسية لدى المريض (ص) هي النقص/ الخزي. هذا يمنح المعالج معلومات إضافية حول محتوى إعادة التربية المحدودة.

من المهم أن يفهم المريض أهم مشكلات وخصائص اضطراب الشخصية الحدية بوصفها مجرد تجسيدات للصيغ. لا توجد علاقة متناظرة بين أعراض اضطراب الشخصية الحدية وبين الصيغ. يجب أن يتعاون المعالج والمريض في اكتشاف وظيفة

العَرَض، قبل ربط العَرَض بإحدى الصيغ. على سبيل المثال: يمكن أن يكون لإيذاء النفس أو محاولة الانتحار وظائف مختلفة:

- معاقبة المريض نفسه على سلوك معين أو على وجود حاجة عاطفية معينة (ما يجعله تجسيدًا لصيغة الوالد المعاقِب).
- صرف الانتباه عن الألم العاطفي (ما يجعله تجسيدًا لصيغة المنفصل الحامي).
- التعبير عن اليأس وتنبيه الآخرين إلى الاعتناء به؛ الاستغاثة (ما يجعله تجسيدًا لصيغة الطفل المهجور/ المساء معاملته).
- إشعار الآخرين بالذنب بشأن الطريقة التي تعاملوا بها معه؛ الانتقام (ما يجعله تجسيدًا لصيغة الطفل الغاضب).

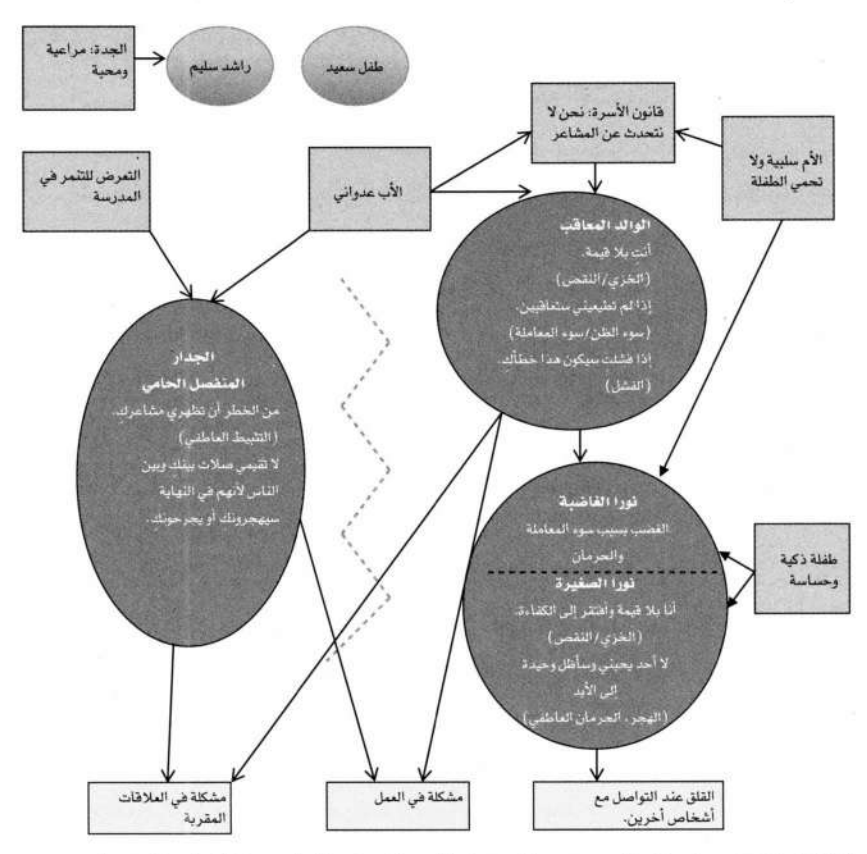
اعتمادًا على المحفزات والسياق، قد يكون للأعراض نفسها وظائف مختلفة حتى لدى المريض نفسه، وبالتالي يجب ربطها بصيغ مختلفة. بصرف النظر عن الأعراض والمشكلات الأخرى التي تكون لها وظيفة، يمكن أن تكون الأعراض والمشكلات عواقب أيضًا. على سبيل المثال: قد يكون المزاج السيئ نتيجة هيمنة صيغة المنفصل الحامي ما يحد بشدة من التجارب الإيجابية في حياة المريض، وفي هذه الحالة يجب ربط الحالة المزاجية السيئة بصيغة المنفصل الحامي.

عادة ما يعاني مريض اضطراب الشخصية الحدية العديد من المشكلات والأعراض؛ لذلك يجب ألا يسعى المعالج إلى الكمال. يكفي وضع أهم المشكلات والأعراض في نموذج الصيغ، مع مراعاة المشكلات التي يعتبرها المريض الأكثر إرهاقًا واستنزافًا.

وبالنسبة إلى نورا، فإن على المعالج أن يصمم نموذج الصيغ معها، مع اختيار أسماء للصيغ تناسب تجربة المريضة على أفضل وجه، (الشكل 3 .1). ثم يقومان تدريجيًا بتوسيع نطاق هذا النموذج بالمخططات والعناصر ذات الصلة من طفولتها التي هي سبب المشكلات (الشكل 3 .2).

شرح مبرر العلاج: بمجرد أن يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، فإن على المعالج شرح الأساس المنطقي وراء العلاج عن طريق نموذج اضطراب الشخصية الحدية وصيغه؛ انظر: (ST step by step 1.06). على المعالج أن يشرح كيف ترتبط مشكلات المريض الحالية بالمخططات والصيغ. عليه أن يشرح كذلك كيف وافق بين صيغ المخطط وبين مشاعره وأفكاره وسلوكياته (انظر الملحق أ). للحصول على شرح

أكثر تفصيلًا، يمكن للمريض الرجوع إلى عدد من الفصول المتصلة بهذا الموضوع في كتاب *Breaking Negative Thinking Patterns* (Jacob, van Genderen, & Seebauer, 2015) وكتاب *Reinventing Your Life* (Young & Klosko, 1994).



الشكل 2.3 نموذج الصيغ مع المخططات والجذور التاريخية الخاصة بنورا

يجد معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية تجربة التعلم من نموذج اضطراب الشخصية الحدية مفيدة. إنه يقدم تفسيرًا واضحًا لسبب تعرضهم للتقلبات المزاجية المفاجئة وضعف التحكم في سلوكياتهم (انظر الفصل 9). كما أنه يمنحهم الأمل في أن التغيير ممكن وأنهم غير محكوم عليهم بحياة مليئة بالسلوكيات غير المنضبطة والتقلبات المزاجية.

إذا وجد المريض أن النموذج لا يعبر عن حالته، فهناك ثلاثة احتمالات عادة: أحدها هو أنه لا يعاني اضطراب الشخصية الحدية. الاحتمال الثاني هو إغفال المعالج لبعض الصيغ المهمة، وفي هذه الحالة تجب إضافتها إلى تصور صيغ المريض. الاحتمال الأخير هو أنه على الرغم من إصابة الشخص باضطراب الشخصية الحدية، تهيمن عليه صيغة حماية شديدة القوة. بسبب هذه الصيغة، كل ما يقوله المعالج يعتبر مشكوكًا فيه وغير موثوق به. التصرف البديل هو أن يتعرف المريض على أجزاء من النموذج، ويرفض الأجزاء الأخرى، مثل صيغة الوالد المعاقِب؛ لأن الاعتراف بهذه الصيغة لا يزال مخيفًا بشدة بالنسبة إليه. إذا كان هذا هو السبب، يجب أن يستغرق المعالج وقتًا أطول في بناء علاقة ثقة مع المريض وألا يفكر في محاولة إقناع المريض بنموذج المخطط الحالي.

إدارة الأزمات

يمكن تخطي إدارة الأزمات في حالة عدم وجود أزمة في بداية العلاج. ومع ذلك، بالنسبة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، من المستحسن وضع خطة لإدارة الأزمات مع المريض وربط ذلك بالصيغ. يمكن أن تنشط الصيغ المختلفة في أزمات مختلفة ما يجعلها تحتاج إلى إجراءات مختلفة.

تجب مناقشة مخاطر الأزمة (قصيرة المدى) مع المريض. يتم اللجوء إلى معالجة الأزمة في وقت لاحق في العلاج حال حدوثها. في حالة وجود أزمة، يجب أن تتطلب أقصى قدر من الاهتمام (انظر الفصل 8).

مرحلة التدخلات العلاجية مع صيغ المخطط

هذه هي المرحلة المركزية من العلاج ومدتها نحو عام (انظر الفصول 5 - 10). الأهداف العامة لهذه المرحلة هي:

- تعلم كيفية التعرف على الصيغة بمجرد استثارتها.
- طمأنة المنفصل الحامي وتقليص دوره تدريجيًا.
- التعاطف مع الطفل المهجور/المساء معاملته وحمايته، لمساعدة هذا الطفل على تلقي الحب، ومساعدة الصيغة في التعامل مع ذكريات سوء المعاملة والإهمال والهجر.
- مقاومة الوالد المعاقِب والتخلص منه.

- إعادة توجيه الطفل الغاضب والمندفع للتعبير عن مشاعره واحتياجاته بصورة ملائمة، وإعادة التأكيد على حقوق الطفل الأساسية.
- تشجيع الطفل السعيد على قضاء المزيد من الوقت في أشياء ممتعة.
- مساعدة المريض على تعزيز صيغة الراشد السليم، متخذًا من المعالج قدوة.

تهدف المرحلة الأولى من العلاج إلى تعليم المريض كيفية التعرف على الصيغ الخاصة به. يمكن للمعالج تعليمه التعرف على الصيغ من خلال «لعبة تخمين الصيغة»؛ انظر: (ST step by step 1.07). على المعالج أن يشرح أنه سيمثل كيف يتصرف المريض عندما يعايش صيغة معينة، ويدعوه لتخمين الصيغة المهيمنة. على المعالج أن يعلم أن المريض لا يرى أنك تنوي بهذا السخرية منه. يتميز هذا التمرين بأنه لا يقتصر على نبرة الصوت فقط فهو يجعل الإشارات غير اللفظية أوضح. بعد العرض التوضيحي ناقش مع المريض كيف يمكن التعرف على هذه الصيغة. بعد ذلك يمكن أن يدعو المعالج المريض لتمثيل إحدى الصيغ الخاصة به. بهذه الطريقة يستوعب المريض الصيغ على نحو أفضل. هذا لا يعني أنه من غير الضروري العودة إلى هذا أحيانًا وتقديم «دورة منشطة» قصيرة حول نموذج الصيغ في مرحلة لاحقة من العلاج. ومع ذلك، في مرحلة معينة (بعد نحو ست جلسات) على المعالج التوقف عن جمع المعلومات وإعطاء التفسيرات والانتقال إلى صيغ المخطط. يجد العديد من المعالجين هذه النقطة غير مريحة في العلاج. يخشى المعالج هذه التجربة الجديدة عليه، خاصة عند استخدام أسلوب غير معهود (مثل الأساليب التجريبية). نصيحتنا هي ألا تتردد؛ افعلها دون إطالة في التفكير! يمكن للمعالج دائمًا أن يلجأ إلى مجموعة إشرافية من أقرانه ويطلب منهم النصيحة.

هيكل الجلسات أثناء العلاج النشط: عندما تنتهي مرحلة تصور الحالة، يبدأ المعالج العمل مع الصيغ. من أجل اكتشاف الصيغة الأكثر هيمنة في بداية الجلسة، يمكن للمعالج أن يبدأ بسؤال عام مثل: «كيف كان أسبوعك؟»، أو: «كيف حالك منذ آخر لقاء؟»، أو: «ماذا تريد أن تناقش معي اليوم؟ ». لا تُطِل في الحديث عما حدث (نحو 5 دقائق)، وحاول اكتشاف الصيغة المهيمنة. قد يميز المعالج الصيغة المهيمنة من نبرة صوت المريض ومحتوى القصة؛ انظر (الجدول 3 .2). انظر أيضا: (5ST step by step, 2.17).

عندما يتأكد المعالج من الصيغة المهيمنة تمامًا، عليه أن يخبر المريض بها. لا تطلب من المريض أن يخبرك عن الصيغة المهيمنة؛ لأنه في المرحلة الأولى من العلاج،

عادة ما يكون عاجزًا عن إخبارك بالصيغة التي يعايشها، ويكون مقتنعًا بأنه لا توجد صيغة من الأساس، ويجيبك بقوله: «هذا كلامي أنا!».

الخطوة التالية هي أن يستخدم المعالج تقنية ملائمة لهذه الصيغة. يمكن أن يستخدم أي نوع متاح من التقنيات (انظر الفصل 9). يمكن أن يحدث تبدل للصيغ أثناء الجلسة؛ لذلك عليك تعديل إستراتيجيتك عدة مرات. الهدف النهائي لكل جلسة هو الوصول إلى الطفل الضعيف. وبمجرد ظهور الطفل الضعيف، يفعل المعالج كل شيء لدعمه وتهدئته فضلًا عن تثقيفه نفسيًّا حول احتياجاته. حاول مساعدة الطفل الضعيف على النمو عاطفيًّا من خلال تلبية الاحتياجات غير الملباة بطريقة تتوافق مع مرحلة النمو التي يمر بها المريض. على المعالج أن يدرك حقيقة أن الحلول العملية في الغالب ليست أفضل طريقة لدعم الطفل الضعيف في بداية العلاج؛ لأن المريض غير قادر على القيام بالإجراءات المقترحة. فقط عند التسرية عن الطفل الضعيف يحسن بالمعالج أن يثقف المريض نفسيًّا حول إمكانات حل المشكلة أو حثه على قبول وجود أشياء لا يمكن تغييرها على الفور. في مرحلة لاحقة من العلاج، يمكنه تحفيز المريض على إيجاد الحلول الخاصة به من خلال تعلم تقنية حل المشكلة. يستغرق العمل مع الصيغة (الصيغ) ما بين 15 و 30 دقيقة.

الجدول 3 .2 ردود الفعل المختلفة الممكنة في اللحظات الأولى من الجلسة. السؤال هو: كيف كان أسبوعك؟

الصيغة	*المحتوى*	*نبرة الصوت*
الحامي المنفصل	أنا بخير. لم يحدث شيء مميز. ربما علينا الاكتفاء بجلسة قصيرة اليوم.	فاترة دون عاطفة
الوالد المعاقِب	لقد مررت بأسبوع مروع. كل شيء فسد. أنا أحمق.	قاسية، سلبية
الطفل المهجور/ المساء معاملته	مررت بأسبوع رهيب. شعرت بالحزن والوحدة. أخشى أن يتركني زوجي.	حزينة، قلقة، مذعورة، طفولية
الطفل الغاضب	كل شيء يسير بطريقة سيئة. الجميع ضدي. ثم يبدأ المريض ذكر الكثير من الأمثلة على التجارب السلبية التي عومل فيها بشكل غير عادل.	غاضبة، مرتفعة، غير متماسكة
الراشد السليم	بعض الأشياء سارت بشكل جيد، وبعض الأشياء سارت بشكل سيئ. أود التحدث عن الموقف الذي جعلني حزينًا. أريد أن أعرف لماذا حدث؟	هادئة، تُظهر المشاعر بطريقة ملائمة

يوصى بشدة بعدم تأجيل الأساليب التجريبية إلى مراحل لاحقة من العلاج. ثبت خطأ فكرة عدم استخدام تقنيات الكرسي الفارغ على سبيل المثال أو إعادة صياغة الذكرى لذكريات مرحلة الطفولة البغيضة في وقت مبكر من العلاج. باستخدام هذه التقنيات، يتم تجاوز صيغة المنفصل الحامي، ودعم صيغة الطفل المهجور/المُساء معاملته، وشفاؤه، وإضعاف صيغة الوالد المعاقِب. وبالتالي، ينص نموذج العلاج الحالي على وجوب احتواء كل جلسة في هذه المرحلة المركزية على تقنية تجريبية، وعلى المعالج أن يستخدمها في غضون بضع دقائق من بدء الجلسة، لمنع المريض من تجنب العمل العاطفي وتفادي نفاد الوقت. يمكن للتحدث والفهم أن يتم تأجيلهما حتى نهاية الجلسة.

تأكد من تخصيص 5: 10 دقائق في نهاية كل جلسة للاستنتاجات الخاصة بتغيير المخطط والصيغ وتعزيز الراشد السليم.

المرحلة النهائية من العلاج

في المرحلة الأخيرة من العلاج، يتحول التركيز من معالجة آلام الماضي إلى تغيير أنماط السلوك. تتغير الأساليب التجريبية في طبيعتها بعد اضطلاع المريض بدور الراشد السليم في أوقات أطول فأطول. على التدريبات أن تكون أكثر تركيزًا على المواقف المستقبلية. في المرحلة النهائية، سيكون من الممكن استخدام المزيد من الأساليب المعرفية التي يمكن للمريض استخدامها خارج نطاق الجلسات. في الفصول التالية، ستتم مناقشة كل تقنية بمزيد من التفصيل مع تحول التركيز من صيغ الطفل إلى صيغة الراشد السليم.

تغيير أنماط السلوك: أشار يونج، وكلوسكو، وويشار (2003) إلى هذه المرحلة من تعزيز المزيد من الاستقلالية وتغيير السلوك، كمرحلة حاسمة (انظر الفصل 11: «كسر أنماط السلوك»). حتى عندما لا يكون المريض خاضعًا للصيغ المتغيرة باستمرار بعد تبني صيغة الراشد السليم، فإن تمثيل هذه السلوكيات الجديدة ليس بالأمر السهل دائمًا. يبدأ المريض تطبيق ما تعلمه في العلاج خارج بيئة العلاج الآمنة ويكون قادرًا على أداء التكليف المنزلي الأكثر تعقيدًا. في معظم الحالات، تبدأ هذه المرحلة في العام الثاني من العلاج مع قلة تواتر الجلسات وتبنّي المعالج توجهًا تدريبيًّا لاكتساب سلوك جديد أصح.

إنهاء العلاج: وفقًا ليونج، يُنظر في إنهاء العلاج عندما لا يعود المريض يفي بمعايير تشخيص اضطراب الشخصية الحدية بعد بناء شبكة اجتماعية مستقرة نسبيًّا وإيجاد

طريقة مفيدة لشغل وقته؛ لذلك كان العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية مفتوح المدة في الأصل، حيث ينتهي العلاج عندما يتفق المريض والمعالج على اكتماله. ومع ذلك، تثبت التجارب الحديثة أن العلاج التخطيطي المحدد بزمن لاضطراب الشخصية الحدية يكون بشكل عام ناجحًا مثل العلاج التخطيطي ذي المدة المفتوحة (انظر الفصل 11: «إنهاء العلاج»). عندما لا يحدث أي تقدم بعد عام على الأقل من العلاج التخطيطي، فمن المستحسن التفكير بجدية في إيقاف العلاج، حيث تؤكد الأبحاث أن الفرص في تحقيق تحسن في وقت لاحق ضئيلة جدًّا.

الأسئلة المتداولة حول العلاج

هل يجب أن أستخدم نموذج الصيغ أم يمكنني استخدام نموذج المخطط أيضًا؟

نظرًا لأن معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية يعانون آلامًا شديدة فيما يخص معظم المخططات، فإننا ننصح باستخدام نموذج الصيغ. يمكنك إضافة معلومات حول المخططات من خلال شرح أي مخطط موجود في كل صيغة (انظر الشكل 3.2).

كم من الوقت نقضيه في إنشاء تصور حالة؟

عادة ما يستغرق إنشاء تصور الحالة نحو خمس جلسات. قد يستغرق الأمر وقتًا أطول في حالات استثنائية، خاصة إذا كان المريض غير واثق بنفسه. إذا كان الحامي الغاضب مهيمنًا ويرفض العمل وفقًا لنموذج الصيغ، فقد يستغرق إنشاء تصور الحالة مزيدًا من الوقت.

من الضروري كسب ثقة المريض أولًا. ومن المفيد أن تشرح للمريض أن سلوكه مجرد إستراتيجية نجاة تعوق العمل على حل المشكلات. ويمكن أن يكون لعب الأدوار مع عكسها مفيدًا جدًّا في بعض الأحيان.

يجب أن تدرك أن تصور الحالة نموذج عملي دائمًا. إذا ظهرت معلومات جديدة ذات صلة أثناء العلاج، يمكن تعديل تصور الحالة.

ماذا أفعل عندما أجد المريض في حالة من الذعر أو اليأس في نهاية الجلسة؟

يمكنك تقديم بعض الدعم للمريض خارج نطاق الجلسة، مثل الاتصال به في وقت لاحق من ذلك اليوم أو تركه يجلس في غرفة الانتظار. هناك ملاحظة مثيرة للاهتمام وهي أن معظم المرضى يسمحون للمنفصل الحامي بالهيمنة تلقائيًّا عندما يغادرون غرفة المعالج في نهاية الجلسة للهروب من المشاعر السيئة.

4

العلاقة العلاجية



يستغرق بناء علاقة آمنة وموثوقة قدرًا كبيرًا من الوقت والطاقة والالتزام من المعالج؛ لأن معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية لديهم تاريخ طويل من العلاقات المبتلاة بالإهمال وسوء المعاملة والاستغلال. من المحزن أن نقول إن بعض هذه التجارب السلبية تكون للأسف مع المعالجين أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية؛ لهذا السبب، على المعالجين بذل قدر كبير من الوقت والطاقة في بناء علاقة علاجية آمنة وموثوقة مع مرضاهم، كما أن العديد من المرضى عانوا بسبب علاقتهم بالمعالجين. لم تكن العلاقة مسيئة أو سيئة، لكنها انتهت قبل الأوان.

من المهم أن يتحلى المعالج بقدر وافر من الصبر، بالإضافة إلى دعم مجموعة إشراف جيدة من الأقران. بالمقارنة بأشكال العلاج النفسي الأخرى، يتطلب هذا العلاج قدرًا كبيرًا من الوقت والمشاركة. من ناحية، على المعالجين الانخراط بشكل غير عادي مع مرضاهم، ومن ناحية أخرى يجب أن يتمكنوا من وضع حدودهم الخاصة وحماية تلك الخاصة بمرضاهم؛ لذلك، على المعالجين أن يكونوا على دراية بالمخططات (المختلة) وصيغ التأقلم، وأن يكونوا قادرين على التعامل معها بطرق صحية. في الفقرات التالية سنوضح عناصر العلاقة العلاجية المهمة بين مريض اضطراب الشخصية الحدية والمعالج.

إعادة التربية المحدودة

يمكن اعتبار إعادة التربية المحدودة شكلًا من أشكال التربية المقيدة حيث يشكل سلوك المعالج أساس العملية العلاجية. وبعبارة أخرى، يدخل المعالج في هذه العلاقة كما لو كان والد المريض. يرجى ملاحظة أننا نقول «كما لو». لا يقصد من هذا العلاج أن يصبح المعالج والدًا، بل أن يظهر للمريض السلوكيات وردود الفعل الأبوية الملائمة.

يبدأ المعالج العلاج على أساس أنه مستعد لقضاء عامين (أو أكثر إذا لزم الأمر) في العمل مع المريض. وفي بعض الأحيان، قد يضطر المعالج إلى استثمار وقت إضافي في علاج المريض؛ عند حدوث أزمة على سبيل المثال. عند علاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية، نوصي بأن يبقي المعالج نفسه متاحًا للمريض بسهولة. إذا كان المعالج قادرًا على مساعدة المريض أثناء الأزمة، سيساعد ذلك على تخفيف الأزمة في الوقت المناسب، كما أنه سيعزز العلاقة مع المعالج أيضًا. لم نعد نوصي بإتاحة التواصل عبر الهاتف خارج ساعات العمل؛ لأن الأبحاث العلمية لم تبين وجود تأثير يذكر لإبقاء هذه الوسيلة في البروتوكول. يعد البريد الإلكتروني بديلًا جيدًا، حيث يشعر المرضى بالقدرة على التواصل مع المعالج عند كتابة مشكلاتهم ومشاركتها. لا ننصح المعالج بالتحقق من البريد الإلكتروني على مدار 24 ساعة في اليوم، ويجب أن يشرح ذلك للمريض، ويؤكد أنه عند حدوث أزمة تحتاج إلى تدخل مهني، وعجزه عن الوصول إلى المعالج (كأن يكون خارج ساعات العمل)، على المريض استخدام وسائل تخفيف الأزمات المعتادة.

عند الانتهاء من علاج نورا، صرحت بأن مجرد معرفة أنها قادرة على الاتصال بمعالجها في حالة حدوث أزمة كانت مهمة للغاية بالنسبة لها. لقد جعلها ذلك تشعر بأنها محل تقدير واهتمام. خلال عامين من العلاج، اتصلت نورا بمعالجها 10 مرات خلال ساعات العمل، 8 من هذه المرات العشر كانت خلال العام الأول. لكن تزويد المريض برقم هاتف لاستخدامه في حالة حدوث أزمة أو محاولة انتحار لا يعني أن المعالج يوفر له الرعاية على مدار 24 ساعة. على سبيل المثال: يقوم المعالج بإتاحة نفسه عن طريق بريده الصوتي أو عنوان بريده الإلكتروني بحيث يمكن للمريض أن يترك رسالة تصف خطورة وضعه. بهذه الطريقة يكون المعالج غير متاح مؤقتًا من ناحية (كأن يكون في حفلة موسيقية أو في المسرح، أو نائمًا، أو مسافرًا في عطلة نهاية الأسبوع)، ولكن من ناحية أخرى، يوفر نظام الرسائل للمريض تجربة تواصل فوري مع معالجه. وبالنسبة لبعض المرضى، فإن مجرد سماع صوت المعالج في البريد الصوتي يوفر ما يكفي من الطمأنينة لمساعدتهم في أية أزمة تواجههم. إذا كانت هناك أزمة حادة تتطلب عناية فورية ولم يتوافر المعالج، يمكن للمريض متابعة البروتوكول الذي تمت مناقشته خلال الجلسات الأولى. سيتطلب ذلك منه اللجوء إلى أشخاص آخرين أو جهات أخرى للحصول على المساعدة، مثل الطبيب العام أو مركز الأزمات.

تعني إعادة التربية المحدودة تعزيز المعالج للعناصر المهملة من ماضي المريض. على المعالج أن يقدم التوجيه عندما يكون المريض عاجزًا على معالجة المشكلة وأن

يضع حدودًا عند الضرورة. عليه أيضًا أن يعمل مع مريضه على تنمية وتحسين قدراته وتشجيعه على بناء استقلاليته وتحمله للمسئولية.

في المرحلة الأخيرة من العلاج، عندما يتعين على المريض أن يصبح أكثر استقلالية، يجب أن يتغير دور المعالج من والد طفل صغير إلى والد مراهق. بهذا يتغير توجهه من تلبية احتياجات المريض بمنتهى العناية، إلى توجه أقرب إلى التدريب. كمدرب، على المعالج أن يشجع المريض أكثر فأكثر على إيجاد الحلول الخاصة به ومعايشة صيغة الراشد السليم.

بمرور الوقت، يستوعب المريض الدور الذي يلعبه المعالج من خلال بناء مخططات صحية وتعزيز صيغة الراشد السليم، ما سيساعده بدوره على بناء حياة جديدة. سيتم وصف العناصر المختلفة التي تنطوي عليها إعادة التربية المحدودة في الفقرات التالية.

الرعاية الجيدة

على المعالج أن يكون قادرًا على توفير المشاركة بما يفوق المعدل التقليدي عند التعامل مع مريض باضطراب الشخصية الحدية. تعني الرعاية الجيدة بناء صلة تقرب المعالج من تجربة المريض، كما تعني أن يتحدث المعالج مع المريض بطريقة دافئة ومطمئنة. إذا كان المريض يعايش إحدى صيغ الطفل الضعيف، يجب أن يدرك المعالج أن المريض لا يزال طفلًا على المستوى العاطفي. إنه يكون منغمسًا في المشاعر التي لها علاقة بتجارب ماضيه. من المفيد أن يأخذ المعالج ما سيقوله بعين الاعتبار إذا كان يواجه طفلًا يشعر بالذعر أو الحزن. على المعالج ألا يفكر في التوصل إلى حلول عملية على الفور، بل الإقرار بشعور المريض وتجربته. إذا هدأ المريض، يمكن للمعالج التحدث عن التجارب السابقة، وإذا لزم الأمر، التفكير في المزيد من الخطوات العملية؛ انظر: (ST step by step 2 ,01). على المعالج أن يكون مستعدًا لمواصلة هذه الرعاية لمدة طويلة من الزمن. كما هي الحال في كل علاقة بين الوالدين والطفل، لن يكون هذا سهلًا أو ممتعًا للمريض أو المعالج. غالبًا ما يزداد السخط بسبب توقعات المريض. نظرًا لعدم تلبية احتياجاته الأساسية خلال طفولته، يميل مريض اضطراب الشخصية الحدية إلى وضع توقعات عالية فيما يخص المعالج؛ لذلك، يجب أن يكون لدى المعالج فكرة واضحة عما يمكن أن يفعله وما لا يمكن أن يفعله من أجل المريض، وأن يخبر مريضه بهذا بكل وضوح (انظر قسم «تعيين الحدود»). تختلف الطريقة التي يتم بها القيام بذلك بين المعالجين، وهذا موضوع متكرر خلال اجتماعات إشراف الأقران. يميل المعالجون الذين لديهم استعداد أعلى من المتوسط لبذل جهد إضافي

في هذا العلاج المتطلب إلى تجاوز حدودهم (أو السماح بانتهاك حدودهم) لمدة طويلة قبل وضع الحدود. في هذه اللحظات يزيد خطر إصابة المعالج بالاستنزاف أو انتهاج السلوكيات المتجاوزة للحدود؛ مثل بدء علاقة غير علاجية مع المريض. يجب أن يظل المعالج في حالة تأهب شديد وأن يدرك إلى أي مدى يضر هذا بالمريض المتضرر بالفعل، حيث يكرر نمط الهجر وسوء المعاملة.

عندما يتوصل المعالج إلى نتيجة مفادها أنه لا يستطيع أو لا يرغب في فعل شيء للمريض، يجب عليه إخبار المريض بنفسه، وعدم الاختباء وراء قواعد وأنظمة المعهد أو الممارسة التي يعمل وفقًا لها (انظر القسم «المواجهة التعاطفية»). أما الإحباطات التي تنشأ بموجب هذا أثناء العلاج فهي ببساطة جزء طبيعي من العملية العلاجية، تمامًا مثلما تعتبر الإحباطات جزءًا طبيعيًا من عملية تربية الأطفال. يحسن بالمعالج أن يساعد المريض في التعامل مع هذه الإحباطات بطريقة ملائمة (انظر الفصل 9).

تقديم الإرشادات

مثلما يعطي الوالد النصح والمشورة لأطفاله، يقدم المعالج أيضًا نصائحه وآراءه لتشجيع نمو المريض الصحي. عليه أن يتدخل أيضًا عندما يظن أن سلوك المريض يمكن أن يؤذي المريض نفسه. يمكن أن يحدث هذا عندما ينخرط المريض في سلوكيات تتداخل مع العلاج (مثل: تفويت العديد من الجلسات) أو عندما يرفض المريض التحدث عن الموضوعات المهمة أثناء الجلسات. يحسن بالمعالج توعية المريض بهذه السلوكيات ومساعدته على ربط السلوكيات بصيغ المخطط المسئولة عنها. علاوة على ذلك، يمكنه محاولة تحفيز المريض على تغيير هذه السلوكيات. كما تجب معالجة السلوكيات الضارة خارج إطار العلاج وإلا فسيخاطر المعالج بمعارضة هذه السلوكيات لأي تطور إيجابي يحدث في الجلسات. من أمثلة السلوكيات الضارة تعاطي المخدرات، والإفراط في الطعام، والاستمرار في العلاقة مع الأصدقاء/الأزواج المسيئين. على المعالج أن يدرك حقيقة أن نصيحته لن تؤدي إلى تغيير فوري. لكن مع ذلك، يجب الاستمرار في التوضيح للمريض كيف ينظم عملية تلبية احتياجاته بطرق أفضل؛ انظر: (ST step by step 2 ,02).

إذا كان المريض ينتهج سلوكيات مهددة لحياته أو تهدد الآخرين، فيجب أن تحظى هذه السلوكيات بالأولوية. على المعالج أن يشرح أية صيغة تؤدي به إلى هذا السلوك وكيف يمكن للمريض إيقافه. وإذا لزم الأمر، عليه مساعدة المريض على التفكير في سلوكيات بديلة. إذا لم تؤد أي من هذه الإجراءات إلى الحد من هذه السلوكيات بشكل

مقبول، يحسن بالمعالج الرجوع إلى تعيين الحدود (انظر «تعيين الحدود»). بمجرد تحديد السلوك الضار وإيقافه، يجب أن يستمر المعالج في سؤال المريض عن هذا السلوك الضار (مثل: كيف حالك؟ هل ما زلت بعيداً عن هذا السلوك؟) وهذا إلى أن يتأكد تمامًا أن المشكلة لم تعد مشكلة.

عندما يعاني المريض مشكلات في علاقاته، على المعالج أن يحاول الحصول على فكرة عن الشخص الآخر المعني أولاً. على سبيل المثال: يمكنه أن يطلب من نورا إحضار زوجها إلى إحدى الجلسات. إذا كانت لا ترغب في إشراك زوجها في العلاج أو إذا كان هو نفسه لا يريد المشاركة فيه، فعلى المعالج احترام هذا الاختيار والاعتماد على المعلومات التي تحصّل عليها من المريضة في تكوين فكرته عن الزوج والوضع ككل. إذا ظن المعالج أن الزوج سيكون له تأثير جيد على المريضة، فيمكنه مساعدتهما في حل مشكلات علاقتهما وتوفير التثقيف النفسي حول اضطراب الشخصية الحدية. من خلال تثقيف زوج المريضة حول اضطراب الشخصية الحدية، سيساعد المعالج الزوج على تعزيز فهمه لما يحدث خلال الفترات الصعبة. يمكنهم معًا مناقشة ما يجب القيام به للمساعدة في منع تصاعد النزاعات وكيف يعملون معًا لحل الأزمات. إذا لزم الأمر، يمكن للزوج الحضور بانتظام والمشاركة في المناقشات حول المخططات المختلة. ومع ذلك، يتضح في بعض الأحيان أن الزوج لا يضع مصلحة المريضة كأولوية ويحاول إيذاءها في الواقع. يتضح هذا بشكل خاص عند حدوث سوء المعاملة و/أو الاعتداء. ينتج عن هذا استمرار المريضة في المعاناة من مشكلات ماضيها المؤلمة وعلى المعالج هنا أن يساعد في حماية المريضة وينصحها بترك زوجها.

المواجهة التعاطفية

على العلاقة العلاجية ألا تكون ملاذًا آمنًا للمريض فقط بل لا بد أن تكون مصدرًا للتغيير أيضًا. بمجرد أن يتم بناء علاقة وثيقة وآمنة بين المعالج والمريض، على المعالج أن يبدأ في مواجهة المريض بعواقب سلوكه. عند القيام بذلك، من المهم أن يتعامل المعالج مع مشاعره التي يثيرها المريض فيه من خلال سلوكياته أثناء الجلسات أو من خلال وصفه لسلوكه خارج إطار العلاج تجاه الآخرين. أولاً: عليه أن يستكشف ما إذا كان رد فعله مصدره سلوك المريض أو أن مخططاته المختلة هي السبب الأساسي لصدوره (راجع قسم «مخططات المعالجين» و «الإفصاح عن الذات»). بعد التأكد من أن مخططاته المختلة لا تتدخل في رد فعله، على المعالج أن يواجه المريض بطريقة ودية وشخصية ولكن شديدة الوضوح. يجب أن يوضح أنه يرفض مثل هذا السلوك دون

أن يرفض المريض باعتباره *شخصًا*. لا ينبغي له أن يختبئ وراء قواعد أو قوانين مجردة (مثل: لوائح المؤسسة التي يعمل فيها أو ميثاق الأخلاق المهني)، بل يجب عليه توصيل هذه الرسالة بطريقة صادقة وشخصية.

نموذج حوار: المواجهة التعاطفية

المعالج: نورا، ألاحظ أنكِ تطلبين مني دعم الطريقة التي تصرفتِ بها الأسبوع الماضي تجاه المرأة التي تقومين بتنظيف منزلها، لكن يوجد لديَّ شعور بأنك تريدين إجباري على دعمكِ وأنك لن تسمحي لي بأن يكون لي رأي يخالف رأيكِ. هذا يزعجني بشدة. هذا يجعلني لا أقول ما أفكر به حقًّا، لكن في الوقت نفسه أعلم أنه عندما أفعل، لا أساعدكِ بأية حال.

المريضة: (غاضبة) عظيم! هل تظن إذن أنني تعاملت مع تلك المرأة على نحو خاطئ أيضًا؟ أنت الآن تظن أنني حمقاء!

المعالج: لا، هذا ليس ما أحاول إخباركِ به. قصدت أنني بسبب الطريقة التي تحاولين بها إجباري على الموافقة على وجهة نظركِ، لا أجرؤ على مشاركة آرائي الحقيقية معكِ. هذا من شأنه أن يضع مسافة بيننا إذا استمر، ولا أريد لذلك أن يحدث.

المريضة: (تعلن حزينة بعد فترة صمت قصيرة) ربما لا تريد ذلك، لكني أشعر بأنك تتخلى عني أيضًا!

المعالج: أفهم هذا، وأظن أن ما يحدث بيننا الآن هو ما يحدث غالبًا عندما لا يتفق معكِ أي شخص. تصبحين دفاعية وتشعرين بالنبذ، وبسرعة تهيمن عليكِ صيغة الوالد المعاقِب وتظنين أن كل من لا يتفق معك يراكِ حمقاء وينبذكِ. لكني أتفهم رد فعلكِ رغم ذلك. في الماضي لم يكن مسموحًا لكِ أبدًا بإبداء رأيكِ، وكان والدكِ يجعلكِ تبدين حمقاء كلما تفوهتِ بحرف. لكن عليكِ أن تدركي أن هناك صيغة مختلفة الآن. لا أظن أنك غبية أو حمقاء. أظن أنكِ تتعاملين مع الوضع بشكل جيد في بعض الأحيان وفي أحيان أخرى لا يسير الأمر

بذات الطريقة، وأريد أن أكون قادرًا على إخبارك بذلك دون الشعور بأنني مجبر على الاتفاق معكِ على كل شيء؛ لذا، أطلب منكِ عدم عزل نفسكِ عني أو إبعادي، بل محاولة مناقشة الأمور معي بهدوء وبساطة.

بعد المواجهة، غالبًا ما يصبح المريض عاطفيًا وربما يشعر بأن هذه المواجهة نوع من العقاب. في المثال المذكور: تشعر نورا في البداية بالغضب ويحل محله شعور بالحزن. على المعالج أولًا الانتباه إلى المشاعر التي تعبر عنها. وعليه بعد ذلك أن يشرح سبب مواجهته لسلوكها. وبعد مواجهتها بهذه الطريقة، يجب توفير فرصة لتحليل سبب حدوث ذلك بهذا التواتر، وكيف يرتبط هذا السلوك بالصيغ والمخططات الأساسية. يمكن للمعالج أن يحلل كيف ولماذا بنت نورا هذه الأفكار، ويمكن أن يستبدل بها مزيدًا من الآراء والمخططات الوظيفية. استطاعت نورا في النهاية أن تتبنى آراء جديدة: «إذا اختلف أحد معي، فهذا يعني أنه يختلف مع أفكاري، وليس معي كشخص». وبهذه الطريقة، انهار ببطء مخططها الأساسي المتمثل في عدم الثقة في الناس، واستبدلت به مخططات أكثر فاعلية. في مرحلة لاحقة من العلاج، تستطيع نورا أيضًا أن تنمي مهارات جديدة للتعامل مع الصراعات (على سبيل المثال ممارسة مهارات الاعتداد بالنفس)؛ انظر: (ST step by step 2 ,03).

تعيين الحدود

عندما لا تكفي المواجهة التعاطفية لوقف السلوك المختل، فعلى المعالج أن يفكر في تعيين الحدود. من الضروري في التربية الجيدة أن يتم تعيين حدود واضحة في الوقت المناسب.

هناك نوعان من تعيين الحدود: طريقة مباشرة وطريقة تتم «خطوة بخطوة». عندما يكون هناك تهديد مباشر للمريض أو المعالج أو أي شخص آخر، فعلى المعالج إيقاف المريض على الفور. يمكنه فعل ذلك بطريقة هادئة وحازمة مع محاولة التواصل مع الطفل الغاضب الذي يهدد بانتهاك القواعد. وفي بعض الأحيان يتطور الانتهاك بسرعة كبيرة وهنا عليه أن يتخذ إجراءً بالطريقة المعتادة دائمًا في المواقف الحرجة.

بالإضافة إلى الحدود العامة فيما يخص الإساءة والعنف والانتحار، هناك أيضًا حدود شخصية. في هذه الحالة يحسن بالمعالج تعيين الحدود «خطوة بخطوة». نظرًا لاختلاف الحدود الشخصية لكل معالج، لا توجد إرشادات محددة بشأنها. ومع ذلك، لا نطلب من المعالج تعيين الكثير من الحدود أو القيام بذلك بسرعة كبيرة. يعد تعيين الحدود ضروريًّا بشكل عام في وجود سلوك غير مقبول بالنسبة للمعالج أو يعوق العلاج. في البداية، على المعالج أن يكون لطيفًا ومرنًا حيث يجب بناء علاقة علاجية جيدة. بمجرد أن يتحقق ذلك، يجب أن يتغير نهج المعالج تدريجيًّا في مرحلة لاحقة في العلاج. في معظم الحالات، تكون المواجهة التعاطفية والتدخلات الأخرى كافية لتغيير السلوك المسبب للمشكلة. يجب *ألا يقرر المعالج بدء تعيين الحدود بالطريقة التي نصفها هنا إلا عندما يشعر بأن عليه إيقاف العلاج إذا رفض المريض تغيير سلوكه.*

الموضوعات التي غالبًا ما تؤدي إلى تعيين الحدود هي:

1 التواصل بقدر مفرط مع المعالج خارج نطاق الجلسات أو كثرة إلغاء المريض أو تفويته للجلسات.
2 وجود توقعات غير واقعية لدى المريض فيما يتعلق بطبيعة التواصل. كأن يطارد المريض المعالج، ويتطفل على حياته الخاصة.
3 انتهاج السلوك المندفع أو الهدّام مثل تهديد المعالج أو التهديد بتدمير أشياء في مكتبه أو انتهاج سلوكيات مدمرة للذات، أو التهديد بإيذاء أشخاص آخرين (خاصة شريك الحياة أو الأطفال).
4 إدمان الأدوية أو مواد أخرى.

للحصول على قائمة مفصلة بأمثلة السلوكيات المخالفة، راجع الجدول 4 .2.

مع المراعاة الواجبة لميثاق قواعد السلوك المهني وقواعد المعهد الذي يعمل فيها المعالج وقانون الدولة على كل معالج أن يضع حدوده الشخصية. على سبيل المثال: قد يكون لدى المعالجة الأنثى مخاوف أقل بشأن إحاطة كتفي المريضة الأنثى بذراعيها مقارنة بالمعالج الذكر. ومع ذلك، حتى في هذه الحالة، غالبًا ما تكون الخيارات الشخصية مختلفة، يكون التداول مع مجموعة إشراف الأقران أو المشرف حتميًّا حين يقرر المعالج تعيين الحدود. من ناحية أخرى، هناك فئة من المعالجين الذين يضعون حدودًا أقل من اللازم. يجب أن ينتبه أعضاء مجموعة إشراف الأقران لهؤلاء المعالجين كي لا يقدموا للمرضى قدرًا مفرطًا من الاهتمام الإضافي وكي لا يستمروا في ذلك لمدة طويلة. على الجانب الآخر، قد يكون بعض المعالجين بعيدين وباردين مع المرضى

بسبب خوفهم من تعيين الحدود أو بسبب مخطط التثبيط العاطفي. قد يشعر هؤلاء المعالجون بالقلق من أن يبدأ المرضى في طلب المزيد والمزيد، ويستنزفوهم في النهاية. قد يخشون نشوب نزاعات أيضًا أو يشعرون بعجزهم عن تعيين الحدود، ما يؤدي إلى التعامل ببرود مع المريض. وبهذه الطريقة يتجنب هؤلاء المعالجون المواقف التي يحتاجون فيها إلى تعيين الحدود.

من ناحية أخرى، هناك معالجون لديهم معايير صارمة أو ميل للقسوة والعقاب وهؤلاء يرغبون في تعيين الحدود في وقت أسرع بكثير من المطلوب. معظم سلوكيات المريض المزعجة مصدرها هي الصيغ العقابية أو الحامية وعلى المعالج أن يتحملها لمدة طويلة خلال عمله على تغيير هذا بطرق علاجية.

ليس الغرض من مجموعة إشراف الأقران فرض معاييرها وقيمها على أعضائها. ما قد يرى المعالج أنه يتجاوز حدوده الشخصية يراه معالج آخر طبيعيًّا تمامًا. من المهم ألا يتعهد المعالج للمريض بأي شيء هو غير قادر على توفيره. كما يجب ألا يبدأ بتعيين الحدود بصورة جادة قبل استشارة المشرف أو مجموعة إشراف الأقران.

السبب الأهم لتعيين الحدود هو ضمان سلامة كل من المريض والمعالج. عندما يضع المعالج قيودًا أقل من اللازم، من المحتمل أن يستمر المريض - الذي تعرض للعديد من التجاوزات في طفولته - في اختباره لحدود المعالج. يمكن أن يضر هذا بالمريض، كأن لا يضع المعالج قيودًا على إيذاء النفس، فيؤذي المريض نفسه. من ناحية أخرى، يمكن أن يضر بالمعالج من الناحيتين البدنية والنفسية. قد يؤدي هذا إلى تقليل دافع المعالج للاستمرار في العلاج بشكل كبير. وبهذه الطريقة يتم التخلي عن المريض مرة أخرى وبالتالي تضاف صدمة جديدة إلى صدماته التي استعان بالمعالج للشفاء منها.

عندما تصبح العلاقة بين المعالج والمريض وثيقة، قد يشعر المعالج بأنه لا يجرؤ على إحباط المريض. ينتج عن هذا عجزه عن تنمية ملكة تحمل الإحباطات. في أسوأ السيناريوهات، تتطور العلاقة إلى صداقة شخصية وتفقد خصائصها العلاجية.

إذا شعر المعالج بأن المريض تجاوز حدوده، فعليه توضيح ذلك للمريض على الفور بطريقة شخصية غير عقابية. عادة لا يعرف المريض أن المعالج يعاني بسبب سلوكه، وذلك لأن مستوى فهم المريض مماثل لمستوى طفل مولود لا يعرف ما يسمح به الداه وما لا يسمحان به. بمجرد أن يشرح المعالج الموقف للمريض، يجب عليه أيضًا منحه الفرصة لتغيير سلوكه. عادة هذا يكفي لتعيين الحدود.

نموذج حوار: تعيين الحدود

تتعاطى نورا الكحوليات، ويصل الأمر بها لدرجة أنها تفعل ذلك قبل حضور الجلسات أحيانًا. تؤدي تلك المشكلة إلى تفاقم الوضع خارج نطاق الجلسات أيضًا. في بداية العلاج، ناقش المعالج هذه المشكلة معها باستفاضة واكتشفا أن معاقرة الشراب كانت جزءًا من تكنيك المنفصل الحامي؛ لأنه يخدر مشاعرها. استمرت نورا في التقليل من إدمان الشراب حتى مستوى معين لبضعة أشهر، ثم عاودت الكرة مرة أخرى. حاول المعالج إقناع الحامي المنفصل بالتوقف عن ذلك عن طريق تقنية كرسيين أو أكثر، واستخدم تقنية التخيل لمقاومة صيغة الوالد المعاقب الذي يزيد حاجة نورا إلى صيغة الحامي. لكن مهما حاول المعالج، لا تتوقف نورا عن معاقرة الشراب. شعر المعالج بالعجز عن فعل أي شيء حيال ذلك، وعن الاستمرار في العلاج إلا عند توقف نورا عن تعاطي الكحول.

المعالج: أخشى أن كل ما حاولت مساعدتكِ به للتوقف عن معاقرة الشراب لم يكن مفيدًا يا نورا، فما زلتِ تعاقرين الكثير من الشراب حتى إنك تحضرين الجلسات تحت تأثير الكحول. أنا قلق بشأن ذلك، ولا أستطيع الوصول إلى نورا الصغيرة. ستتلاشى آثار عملنا في العلاج حين يتداخل استخدام الكحول مع ترسيخ خبرات العلاج. هذا يعني أن استمراركِ في تلك العادة يعني ضياع جهودنا هباء. لقد بدأت أشعر ببعض العجز إزاء كل ما يحدث.

المريضة: حاولت جاهدة، لكن يصعب عليَّ التوقف عن ذلك. أشعر بالوحدة والاكتئاب في الأوقات التي أمضيها بين الجلسات، وهكذا أبدأ بمعاقرة الشراب مرة أخرى. هذا يساعدني على تخدير مشاعري.

المعالج: أعلم أنه ليس بالأمر السهل لكن ما تفعلينه يساعد على تخدير مشاعركِ على المدى القصير، لكنه سيزداد سوءًا على المدى الطويل؛ لأنكِ ستفقدين الاتصال بي. أنا بحاجة إلى راشد سليم يتحمل المزيد من المسئولية. أريدكِ أن تأتي إلى الجلسة واعية؛ لأن ما تفعلينه الآن يجعلني عاجزًا.

المريضة: إذن، أنت غاضب مني.
المعالج: لا، أنا لست غاضبًا، لكني لا أعرف ماذا سأفعل إن استمررتِ في التصرف على هذا النحو. أريدكِ أن تتوقفي عن معاقرة الكحول؛ على الأقل في المساء الذي يسبق الجلسة.
المريضة: لا أريد أن أخدعك ولا أعرف ما إذا كنت سأنجح، لكنني أعدك بإيجاد طريقة للحضور إلى الجلسة واعية.

بعد تعيين الحدود، يناقش المعالج أي الصيغ يواجهها المريضِ كتأثير لهذه الخطوة. في حالة نورا، قد يرد الوالد المعاقِب بعبارة مثل: «لقد ارتكبتِ خطأ كبيرًا آخر وتستحقين أن تُعاقبي». هنا ستخشى نورا الصغيرة أن يتركها المعالج. قد تثور نورا الغاضبة، وتشعر بأنها تعود لمعاملة الناس الظالمة لها؛ لأن معالجها يتوقع منها أن تتخلى عن الطريقة الوحيدة التي يمكنها حماية نفسها بها. أخيرًا، يحتمل أن يقرر المنفصل الحامي عدم حضور الجلسة التالية على الإطلاق. بعد ذلك يحسن بالمعالج مناقشة رد فعل أو أكثر من ردود الفعل المحتملة لكل صيغة بطريقة ملائمة (انظر الفصل 9). يجب عليه أيضًا مناقشة الصيغة التي تجعل المريضة تتعدى حدودها. إذا استمرت نورا في معاقرة الشراب قبل الجلسات، على الرغم من نياتها الحسنة، فقد يكون هذا بسبب صوت الوالد المعاقِب الذي يقول: «أنتِ فاشلة ولن تنجحي أبدًا في تغيير حياتكِ وعاداتكِ السيئة».

لسوء الحظ، تعيين الحدود ليس سهلًا دائمًا. من الجيد أن تكون لديك خطة جاهزة بالخطوات التي يمكن اتباعها عند تعيين الحدود. يجب أن يشمل ذلك كيفية تعيين الحدود، وكيفية تشديدها، والعواقب التي قد تحدث إذا تم تجاوزها مرة أخرى.

يصف الجدول 4 .1 هذه الخطوات. قد ترتبط كلمة «عاقبة» بالعقاب. لكنها مستخدمة في هذه الحالة للإشارة إلى استمرار الانتهاك، لمساعدة المريض على إدراك أن إيقاف السلوك مطلب جاد للمعالج، وليس عقابًا يُشعر المريض بأنه شخص سيئ أو ذو نيات سيئة. يجب أن تكون جميع النتائج عملية ومرتبطة بالتجاوز.

من المهم جعل تعيين الحدود عملية متراكمة تتيح للمريض الفرصة لتغيير سلوكه. لهذا السبب، تم وصف جميع الخطوات الضرورية بالكامل في الجدول 4 .1، وتنتهي أخيرًا بالنتيجة الأشد خطورة، التي تتمثل في إنهاء العلاج التخطيطي وإحالته إلى علاج آخر. يجب أن تحدث عواقب تجاوز الحدود تدريجيًّا مع وجود فرصة دائمة للتغيير. على سبيل المثال: لا ينبغي أن تؤدي معاقرة الشراب إلى إلغاء الجلسة على الفور.

ستكون عقوبة خطيرة جدًا ولن تسمح لنورا بفرصة تغيير سلوكها. يمكن رؤية أمثلة على الخطوات والعواقب الملائمة في الجدول 4 .2؛ انظر: (ST step by step 2 ,04).

تأكد من عدم تنفيذ العاقبة المحددة قبل منح المريض الفرصة أولًا لاتباع التعليمات، وإذا لزم الأمر، فقم بتنفيذها. مثلما يجب أن ينفذ الوالدان عواقب بعينها في تربية الأطفال، على المعالج فعل الشيء نفسه. كما هي الحال في تربية الأطفال، سيؤدي عدم القيام بذلك إلى مزيد من السلوكيات المخالفة.

إذا لم تكن العواقب مفيدة، فإن أخذ وقت مستقطع في العلاج سيمنح المريض وقتًا للتفكير واختيار ما إذا كان يرغب في مواصلة العلاج أم لا. غالبًا ما يكون سن العواقب غير ضروري حين يقوم المريض بتعديل سلوكه بمجرد إخباره بذلك. نادرًا ما يتمادى المريض بحيث يحتاج المعالج إلى انقطاع في العلاج أو إيقافه كليًا. في حالة تعاطي نورا للكحول، قد تكون الإحالة المؤقتة إلى مركز لإعادة التأهيل من تعاطي المخدرات/الكحوليات حلًا لا مفر منه.

الجدول 4 .1 خطوات تعيين الحدود

1. شرح القاعدة، استخدم الدافع الشخصي.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
2. تكرار القاعدة. إظهار بعض مشاعرك، وتكرار الدافع الشخصي.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
3. بناء على الوارد أعلاه، إعلان العاقبة (لا تنفذها!).
   عند تكرار المريض للمخالفة:
4. تنفيذ العاقبة.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
5. بناء على الوارد أعلاه، إعلان عاقبة أقوى.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
6. تنفيذ العاقبة الأقوى.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
7. الإعلان عن توقف مؤقت في العلاج بحيث يتمكن المريض من إعادة التفكير فيما يفعله.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
8. تنفيذ التوقف المؤقت للعلاج بحيث يمكن للمريض التفكير فيما إذا كان يريد العلاج الحالي في وجود الحدود التي وضعها المعالج.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
9. الإعلان عن إيقاف العلاج.
   عند تكرار المريض للمخالفة:
10. إيقاف العلاج وإحالة المريض.

Young (personal communication) and Arntz (2004).

في الممارسة العملية، يميل معظم المعالجين إلى الانتظار طويلًا قبل تعيين الحدود. المعالج الذي لا يضع حدودًا في الوقت المناسب قد ينتهي به الأمر إلى التنائي والبرود في معاملته مع مريضه أو قد يلوم المريض سرًّا على عدم رضاه ويتفاعل بطريقة مزعجة للغاية. يمكن أن يؤدي هذا إلى الإنهاء المبكر للعلاج أيضًا.

في معظم الحالات، يكون لتعيين الحدود تأثير جيد جدًّا على المريض والعلاقة بينه وبين المعالج. في الواقع، لم يتلق الكثير من المرضى حدودًا كافية أو غير متوقعة خلال طفولتهم. عندما يضع المعالج الحدود بطريقة تعاطفية، ولكن واضحة، سيظهر للمريض أنه يهتم به ويشعره بالحماية والأمان. ومع ذلك، يجب أن يدرك المعالج أنه إذا بدأ تعيين الحدود، يجب أن يكون مستعدًّا لتنفيذ العاقبة النهائية، أي إيقاف العلاج. إن تعيين الحدود هو إستراتيجية السيطرة التي تؤدي إلى نشوب معركة على السلطة أحيانًا، حيث يفضل المريض التضحية بالعلاج بدلًا من التضحية بجزء من استقلاليته. لذلك يوصى باستخدام المواجهة التعاطفية مع السلوكيات التي يشعر المعالجون بضرورة تغييرها ولكنها ليست من الخطورة التي تستوجب إيقافها على الفور من خلال إستراتيجية السيطرة المذكورة.

الجدول 4 .2 العواقب المحتملة لانتهاك الحدود

انتهاكات الحدود الشائعة	*الإجراءات الملائمة الممكنة*
تفويت الجلسات	* تقليل الاتصال خارج نطاق الجلسات. * حصر الجلسة التالية على مناقشة عدم حضور الجلسات. تخطي موعد الجلسة بأسبوع.
التأخر الشديد في الوصول	* عدم تعويض ذلك بإطالة الجلسة. * تقصير موعد الجلسة بمقدار الوقت الذي تأخره المريض. * حصر موضوع الجلسة على التأخير. * اختصار الجلسة إلى مناقشة مدتها 10 دقائق حول التأخير.
الإفراط في التواصل (عبر الهاتف) خارج نطاق الجلسات	* قصر التوفر خارج الجلسات على وقت محدد في اليوم. * تحديد مدة كل محادثة (هاتفية) ببضع دقائق. * تحديد عدد الأوقات المتاحة بعدد معين من المرات في الأسبوع.
انتهاج سلوك عدواني تجاه المعالج	* تعيين حد قاطع لهذا السوك. * إخبار المريض بأن يعبر عن نفسه باستخدام كلمات مختلفة. * إخبار المريض بمغادرة الغرفة والعودة عندما يصبح أقل عدوانية. * مغادرة المعالج الغرفة لمدة محددة.

تعاطي المخدرات و/أو الكحوليات	* عقد اتفاقية لوقف التعاطي. * عدم السماح إلا بالمناقشات الخاصة بالحد من تعاطي المخدرات أثناء الجلسة. * اختصار الجلسة إلى مناقشة مدتها 10 دقائق حول تعاطي المخدرات وتكرار الاتفاقية الخاصة بوقف التعاطي. * الإحالة المؤقتة إلى مراكز إعادة التأهيل من المخدرات/الكحول. الاستمرار في الجلسات بتواتر أقل.
إدمان الأدوية	* عقد اتفاقية حول تقليل الاستخدام إلى الصيغة الطبيعية. * تقييد الوصول إلى عبوات الدواء (مثل: مرة واحدة في الأسبوع). * أخذ الدواء من مقدم الرعاية يوميًا.
المظهر غير اللائق	* إخبار المريض بتعديل مظهره بطريقة أقل تشتيتًا (مثل: تزرير نورا لبلوزتها). * تغيير اتجاه الكرسي بحيث لا تنظر إلى المريض بالقدر نفسه. * إخبار المريض بالعودة إلى المنزل وتغيير ملابسه والعودة لاحقًا.
تقديم هدايا صغيرة	* إعادة الهدايا. * إخبار المريض بأنك سترمي الهدايا في المرة المقبلة ثم إعادتها إليه. * التخلص من الهدايا. * إخبار المريض بأن يأخذ الهدايا معه إلى المنزل.

لعب الأدوار وعكسها

هناك طريقة أخرى لمواجهة المريض بتأثيرات سلوكه وهي لعب الأدوار بعكسها بينهما. سيكون هذا فعالًا بشكل خاص عندما يجد المعالج تفسير تأثيرات سلوك المريض وحده غير فعال. هنا، يقترح المعالج أن يقوما بعكس دوريهما ثم الوقوف وتبديل الكرسيين مع المريض. في لعب الأدوار أثناء هيمنة صيغة الحماية على سبيل المثال، يحسن بالمعالج أن يقول إنه لا يوجد شيء للمناقشة وكل شيء على ما يرام. على المريض (الذي يلعب الآن دور المعالج) أن يحاول التفكير في طريقة لإقناع المعالج (الذي يلعب الآن دور المريض في وقت معايشة صيغة الحماية) بالتحدث عن مشكلاته. عادةً ما يجيد معظم المرضى دور المعالج ويدركون ما يحدث في الجلسة ولماذا تتسبب تصرفاتهم في تعجيز المعالج (خلال وقت معايشة صيغة الحماية للمريض في هذا المثال).

إعادة صياغة الذكرى

يمكن استخدام إعادة صياغة الذكرى لتوضيح مشكلة في العلاقة العلاجية. من خلال التخيل، يمكن للمريض أن يربط ردود فعله ومشاعره تجاه المعالج بالتجارب السابقة (انظر الفصل 5).

مخططات المعالجين

يتطلب هذا العلاج إقامة علاقة علاجية طويلة الأمد مع المرضى الذين تتسم مشاعرهم بالحدة، ويثيرون مشاعر قوية لدى المحيطين بهم أيضًا. لهذا السبب، من المهم أن يكون لدى المعالج رؤية شخصية جيدة وأن يدرك متى تستثير سلوكيات الآخرين مخططاته المختلة. من المفهوم أن المعالج لا يواجه مثل هذه المشكلات في العلاج الذي يركز على الأعراض قصيرة المدى. ولكن بما أن العلاقة العلاجية وسيلة مهمة للتغيير في هذا العلاج، تصبح معرفة الذات ضرورية، لكننا لن نتعمق في هذا الموضوع في هذا الكتاب.

لممارسة هذا العلاج بنجاح، قد يكون ضروريًّا معرفة الدراسات السابقة حول هذا الموضوع مثل: (Beck et al., 2004; Burns &Auerbach, 1996; Farrell & Shaw، 2018; Young & Klosko, 1994)، والعلاج الشخصي (التعلم)، ومجموعة إشراف الأقران الداعمة.

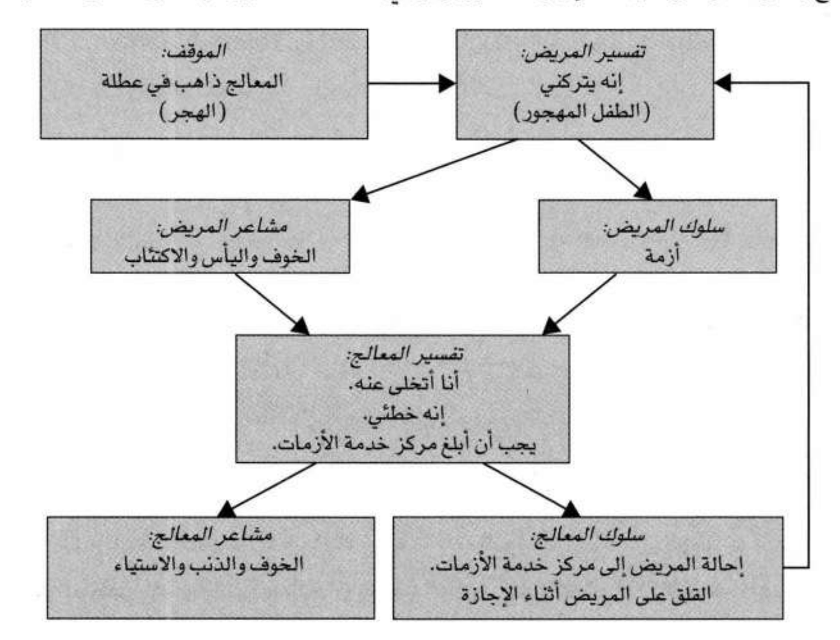
فيما يلي سيتم سرد عدد من المشكلات الأكثر شيوعًا في التعامل مع المخططات، مع إدراج المخطط وإستراتيجيات التأقلم ذات الصلة بين قوسين بعد كل مشكلة (انظر الملحق أ):

- الانتظار طويلًا قبل تعيين الحدود، أو تعيين حدود أقل من اللازم، أو قضاء وقت طويل مع المريض خارج نطاق الجلسات (طلب إقرار المشاعر/طلب الاعتراف والتقدير/طلب التضحية بالنفس).
- التفكير في أنك لا تقوم بعمل جيد بما فيه الكفاية (المعايير الصارمة/فرط الانتقاد/الفشل).
- عدم مناقشة الجلسات الفائتة (تجنب المعالج للمخطط، مثل الهجر أو الحرمان العاطفي. قد يخشى المعالج أن يتوقف المريض عن العلاج إذا ناقش هذا الموضوع ولا يستطيع السماح له بالتخلي عنه).

- قمع المشاعر القوية (القابلية للتأثر بالأذى أو المرض، أو تثبيط الانفعالات العاطفية).
- الإساءة إلى المريض من أجل موازنة/تحييد/نفي أوجه القصور الشخصية (الحرمان العاطفي، التبعية/عدم الكفاءة، الشعور بالاستحقاق/العظمة).
- البرود والتنائي عندما يحتاج المريض إلى الدعم والتفهم (التثبيط العاطفي).
- الانتقاد المفرط عندما يرتكب المريض أخطاء (السلبية، المعايير الصارمة/فرط الانتقاد).

النقاط الثلاث الأخيرة على وجه الخصوص تجعل المعالج غير لائق لممارسة هذا العلاج. لقد حُرم مرضى اضطراب الشخصية الحدية الفهم والدعم خلال طفولتهم، وبالتالي يحتاجون إلى قدر كبير منه من المعالج. المعالج الذي ينتقد المريض بشكل مفرط و/أو يسيء إليه، يعزز صيغة المعاقِب، ولا يمكنه تقديم الدعم العاطفي للطفل الصغير داخل المريض.

إذا أدرك المعالج أنه يواجه مشكلة في الحفاظ على علاقة علاجية جيدة/صحية مع بعض المرضى، فيمكنه إجراء تحليل وظيفي للعلاقة العلاجية (انظر الشكل 4 .1).



الشكل 1.4 مثال للتحليل الوظيفي للتفاعل بين المعالج والمريض (من منظور المعالج)

الإفصاح عن الذات

يعد إخبار المريض بشيء عنك أو عن عائلتك طريقة مفيدة جدًّا لتقديم التثقيف النفسي وتعزيز العلاقة العلاجية. يميل المعالجون التخطيطيون إلى استخدام الإفصاح عن الذات أكثر من المعالجين الممارسين للعلاجات الأخرى (Boterhoven de Haan & Lee, 2014). إن تقديم إجابات مباشرة لأسئلة المريض سيشعره بأنك تأخذه على محمل الجد وأنك شفاف بشأن مشاعرك ونياتك. هذا يبني الثقة بينكما. وإن كان ذلك لا يعني أن المعالج ملزم بإعطاء إجابة عن أي سؤال يمكن أن يخطر ببال المريض، بل يعني أنك تحاول أن تكون مستقيمًا وأمينًا قدر الإمكان.

على المعالج أن يحاول إيجاد توازن بين الصلة الوثيقة، وتلبية احتياجات المريض، وهو أمر ضروري للعلاج، مع الحفاظ في الوقت نفسه على مسافة ضرورية بينه وبين المريض. في حالة ازدياد المسافة على اللازم بين الطرفين، يمكن مشاركة معلومة شخصية كوسيلة لتعزيز التواصل. يجب أن يحدث هذا في لحظة ملائمة من العلاج ويجب أن يتضمن موضوعًا منتهيًا في حياة المعالج. يجب ألا يثقل المعالج المريض أبدًا بمشكلات لم ينتهِ من حلها. بهذه الطريقة يكون إفصاح المعالج عن كيفية تفاعله مع موقف صعب في حياته مفيدًا في العملية العلاجية. من خلال القيام بذلك، يقوم المعالج بدوره كقدوة للمريض من خلال المساعدة على وضع الأمور في نصابها وإظهار أن الصعوبات ليست مستحيلة، كما قد يفيد المريض إخباره بشيء من حياة المعالج اليومية كمثال لما يمكن اعتباره «طبيعيًّا». يمكن أن يساعد هذا على إزالة وصمة المرض من صيغ المخطط، كأن يبين المعالج للمريض – من خلال تجربة شخصية – أن المنفصل الحامي رد فعل طبيعي عندما يكون هناك مستوى عالٍ من التهديد يصحبه شعور بنقص في الإمكانيات لاتخاذ التصرف اللازم، ما يساعد المرضى على أن يصبحوا أقل انتقادًا لأنفسهم. يجب أن يكون الهدف الرئيسي هو أن يعرف المعالج ما يهدف إليه وأن تكون لديه فكرة جيدة عن احتياجات المريض التي لم تتم تلبيتها.

مثال:

تخشى نورا غضب المعالج عندما تلغي جلسة بسبب حفل زفاف صديقة مقربة؛ لذا لا تخبر المعالج بأنها لا تريد الحضور إلى الجلسة التالية ثم تعتذر عن عدم الحضور من خلال السكرتارية بداعي المرض. عندما يكتشف المعالج ما حدث،

يناقشان سبب خوف المريضة. يتوصل الاثنان إلى تفسير ذلك من خلال نشأتها مع والدها الصارم والمعاقب. كان من المفيد لها أن يفهم المعالج هذا جيدًا؛ لأنه كان لديه أب صارم جدًّا أيضًا. اعترف بأنه فعل مثلها خلال مراهقته. كان هذا مصدر ارتياح للمريضة ومنحها الفرصة لمناقشة متى تكون الأعذار مفيدة ومتى يكون الأفضل قول الحقيقة.

الأساليب المعرفية والعلاقة العلاجية

إذا اتضح في علاقة علاجية أن المريض يعاني خللًا وظيفيًّا في الإدراك فيما يتعلق بالمعالج («يظن أنني شكاءة بكاءة») أو العلاج («كان يجب أن أنهي هذا العلاج منذ مدة طويلة»)، فعلى المعالج مناقشة هذا باستخدام نهج معرفي كلما أمكن (انظر الفصل 6). يمكن للمريض مناقشة هذه الموضوعات التي تتحدى إدراكه أثناء الجلسات أو خارج نطاق الجلسات. أثناء الجلسة يمكن للمريض التحقق مما إذا كانت أفكاره حول المعالج صحيحة. يتطلب هذا من المعالج أن يكون شفافًا قدر الإمكان في إجاباته وألا يكتفي بمحاولة استكشاف سبب تفكير المريض بهذه الطريقة بخصوصه (انظر الجدول 4 .3).

الجدول 4 .3 مذكرات معرفية حول العلاقة العلاجية

الموقف	*تثاؤب المعالج*
الشعور	الخوف
الأفكار	يظن أنني كثيرة الشكوى.
السلوك	لن أخبره بأي شيء بعد الآن.
تحدي أفكار المريض	ما الذي يدل على أنه يظن أنني مملة للغاية؟ إنه يتثاءب. هل هناك المزيد من الأدلة؟ لقد نظر إلى ساعته. ما التفسيرات الأخرى المتاحة؟ هو معتاد النظر إلى ساعته عدة مرات أثناء الجلسة؛ لأنه يريد التأكد من وجود وقت كاف لي للتحدث عن كل ما أريد الحديث عنه. لكنه لا يتثاءب أبدًا. ربما يكون متعبًا، لقد اقترب وقت إجازته على كل حال. ماذا لو كان يظن حقًّا أنني مملة؟ ماذا سيحدث؟ أنا خائفة من أن يتوقف عن علاجي. هل هذا منطقي بالنظر إلى تجاربي السابقة معه؟ لا، عندما أسأله عن رأيه، يخبرني به، ولم يقل قط إنه يظن أنني مملة، أو يمنحني أي مؤشر على أنه يفكر في إنهاء العلاج. لقد قال إنني أحيانًا أحاول جاهدة أن أخبره بكل شيء بأدق التفاصيل. ربما هذا ما أفعله الآن. هذا يعني أنني لست مملة، لكن ربما تكون قصتي مملة.

ما الصيغة التي تسببت في هذه الأفكار؟	صيغة المعاقِب تجعلني أتوهم أنه خطئي وأنني مملة. بينما صيغة الحماية تجعلني غير راغبة في التحدث بعد الآن.
رد الفعل المطلوب	*ما الطريقة الأفضل للنظر إلى هذا الموقف؟* لا توجد طريقة أعرف بها ما يفكر فيه المعالج عندما يتثاءب. ليس من الضروري أن أستنتج على الفور أن تثاؤبه بسببي أو بسبب سلوكي. *ما أفضل طريقة لحل هذه المشكلة؟* يمكنني ببساطة أن أسأله عما يفكر فيه، وعما إذا كان يظن أنني مملة.
الشعور	الراحة

الأساليب السلوكية والعلاقة العلاجية

تعد الأساليب السلوكية مثل تعزيز السلوك المرغوب (خاصة السلوكيات المعززة للعلاج) داخل جلسات العلاج وكذلك ممارسة هذه السلوكيات خارج نطاق الجلسات جزءًا مهمًّا من العلاج التخطيطي.

مثال للأساليب السلوكية والعلاقة العلاجية

كانت نورا تميل إلى النظر من النافذة عندما تتحدث عن شيء تخجل منه. وبسبب هذا فاتتها معلومات مهمة، لا سيما السلوك غير اللفظي للمعالج. في حين أنها لم تسمع أي رفض في كلماته، ظنت أنها قد ترى الرفض في وجهه إذا تجرأت على النظر. اقترح عليها أن تكثر النظر إليه وتختبر ما إذا كانت نظرياتها صحيحة. بعد فترة، بدأت نورا تكثر النظر إلى المعالج بشكل أكبر وأحيانًا تتجرأ على مشاركة المزيد من المعلومات عن نفسها. شجع المعالج المريضة أيضًا على اختبار بعض التجارب السلوكية عليه أثناء الجلسة.

مثال للتجريب السلوكي في العلاقة العلاجية

بين الحين والآخر، كانت نورا تختبر معالجها من خلال معرفة ما إذا كان سيكون له رد فعل سلبي عندما تقول إنها لا تفهم شيئًا. ولقد فعلت هذا دون إخبار معالجها. فقط بعد أن صارت واثقة بأن الرفض المخيف لن يصدر عنه، أخبرت معالجها عن تجربتها الصغيرة وتفاجأت جدًّا بالنتائج. أرادت أن تعرف على وجه اليقين أن المعالج لا يعتبرها غبية.

سلوك المعالج خلال العملية العلاجية بأكملها هو أن يكون قدوة يحتذي بها المريض، حيث يقوم المعالج بنمذجة السلوك الصحي أمامه. بافتراض أن كل شيء يسير على ما يرام، يجب أن يكون المعالج مثالًا للسلوك المحترم والشفاف والصادق والمهتم والمتوازن والجدير بالثقة والخالي من إصدار الأحكام. الهدف هو تقليد المريض لسلوك المعالج والتأقلم معه كي ينمو ويصبح راشدًا سليمًا.

ملخص

يعد بناء علاقة علاجية آمنة النقطة المركزية في هذا العلاج. أثناء تطبيق الأساليب التجريبية والمعرفية والسلوكية، يجب أن يستمر المعالج في استخدام النمط الموصوف لإعادة التربية المحدودة. عليه مرارًا وتكرارًا أن يتعامل مع المشكلات بأسلوب محدد، وبطريقة ودية لكن واضحة وحازمة؛ لأن هذه هي أيضًا أفضل طريقة للتصرف مع الطفل الذي تريد تعليمه شيئًا ما. على المعالج أن يوازن بين تغيير الأساليب كي لا يربك المريض من ناحية، ولا يقلل من تحفيزه من ناحية أخرى. على سبيل المثال: عندما تتم استثارة المشاعر القوية باستخدام التخيل، من المنطقي أن يأخذ المعالج وقتًا إضافيًّا قليلًا أثناء الجلسة التالية لمناقشة ما حدث في الجلسة السابقة ومنحها موضعًا بالمعنى الإدراكي.

سنناقش في الفصول التالية تقنيات مختلفة: الأساليب التجريبية في الفصل 5، والأساليب المعرفية في الفصل 6، والأساليب السلوكية في الفصل 7، فضلًا عن طرق وتقنيات محددة في الفصل 8. ويتبع ذلك شرح كيف ينبغي للمعالج تطبيق هذه التقنيات على صيغ المخطط المختلفة (الفصل 9).

5

الأساليب التجريبية

إن التقنيات العلاجية الموجهة نحو المشاعر (انظر الجدول 3 .1) - التي يشار إليها أيضًا باسم «الأساليب التجريبية» - لها دور مهم في العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية. يمكن استخدام معظم هذه التقنيات في المواقف الحالية وكذلك في تجارب الماضي أو المستقبل الخاصة بالمريض؛ لهذا السبب، ستتناول الفقرات التالية التطبيقات الحالية والماضية والمستقبلية.

تستند الأقسام التالية حول إعادة صياغة الذكرى ولعب الأدوار من سيرة المريض إلى بحث كتبه أرنتز وويرتمان (1999). لن تتم الإحالة ثانية إلى البحث ولكن ينبغي افتراض اقتباسنا منه. يناقش هذا البحث كذلك الخلفية النظرية لهذه الأساليب.

التخيل

أثناء تمرين التخيل، يحاول المريض إعادة إنشاء موقف معين في ذهنه. وبفعل ذلك، يختبره كما كان، ويتذكر ما حدث أثناء التفاعل مع الآخرين، وكيف كانت مشاعره. عندما يتم توجيه تمرين التخيل إلى المستقبل، يحاول المريض تصور موقف ما في المستقبل. على المعالج أن يوضح أنه لا يمكننا أبدًا التنبؤ بما إذا كانت الصورة واقعية، لكن عليه أن يحفز المريض على التفكير في المواقف المرجحة وكيف سيتصرف فيها. وبالمثل، إذا شك المرضى في دقة ذكرى موقف من الماضي، فإن على المعالج أن يطمئن المريض؛ ففاعلية التقنية لا تعتمد على مدى دقة الذكرى. قد يكون من المفيد أن نوضح للمريض أن التخيل هو الأسلوب الموصى به في علاج الكوابيس، وأن الكوابيس بشكل عام خيالية (على الرغم من أنها تحتوي على موضوعات متصلة بأمور حدثت في الواقع). يحسن

بالمعالج أيضًا أن يؤكد أن أية ذكرى لها عناصر ذاتية، وأن الذكرى هي التي تؤثر على الشخص، وليس الواقع (الذي لم يتم ترسيخه في ذاكرة المريض). تجب إضافة إعادة صياغة الذكرى لاحقًا عندما يشعر المريض أو المعالج بأن هناك جوانب في الموقف يجب تغييرها.

تطبيقات التخيل وأهدافه

في بداية العلاج، يمكن استخدام التخيل عندما يبحث المعالج عن صلة بين مخططات المريض الحالية وأحداث الماضي. مع تقدم العلاج وتأسيس علاقة علاجية آمنة، يمكن تطبيق إعادة صياغة الذكرى في المواقف التالية:

- المواقف التي يوجد فيها اعتداء عاطفي أو بدني أو جنسي (وهذا يشمل المواقف المؤلمة مع أقرانه، مثل التنمر)،
- المواقف التي تكون فيها احتياجات المريض العاطفية أو البدنية أو التي تتعلق بالنمو غير ملباة بشكل كاف.
- تقييد الاستقلالية أو التعبير عن المشاعر.
- «تقمص السلطة الأبوية» عندما يأخذ المريض دور الوكيل بين الوالدين (مقدمي الرعاية)، أو عندما يتعين على المريض رعاية (أحد) الوالدين أو الإخوة أو الأخوات.

أحد أهم أهداف إعادة صياغة الذكرى هو أن يكتشف المريض أن البيئة التي نشأت فيها الذكرى كانت «خطأ»، بدلًا من التفكير في أن الخطأ خطؤه هو. هكذا يكتشف الطفل أنه غير مذنب في الأشياء التي حدثت على نحو خطأ في مواقف الماضي. هناك هدف مهم آخر هو المعالجة العاطفية للأحداث الصادمة. ببطء، يتم استبدال مخططات أكثر صوابًا بتلك المخططات التي شكلها المريض بناءً على المواقف غير الملائمة. لاحظ أن إعادة صياغة الذكرى تختلف عن التعرض التخيلي، وهو أسلوب علاج معروف لاضطراب ما بعد الصدمة. في إعادة صياغة الذكرى، يتم تقليل التعرض للحظات الصادمة إلى الحد الأدنى، حيث إن التغيير الفعال للموقف في التخيل هو الجزء الأهم.

باستخدام إعادة صياغة الذكرى، يمكن حماية الطفل المهجور/المساء معاملته والتسرية عنه. هكذا يكتشف المريض ما حقوقه الطبيعية. في غضون ذلك، يمكن إيقاف الصوت المعاقِب بداخله بإخبار مقدم الرعاية بأنه لا ينبغي أن يعامل الطفل بهذه الطريقة. يمكن للمعالج مساعدة المريض على الانتقام، كما يمكن للطفل الغاضب التعبير عن غضبه من الانتهاكات العديدة لحقوقه ويمكن للراشد السليم أن يتعلم متى يتصرف عندما يرى مواقف عومل فيها الطفل بشكل غير لائق.

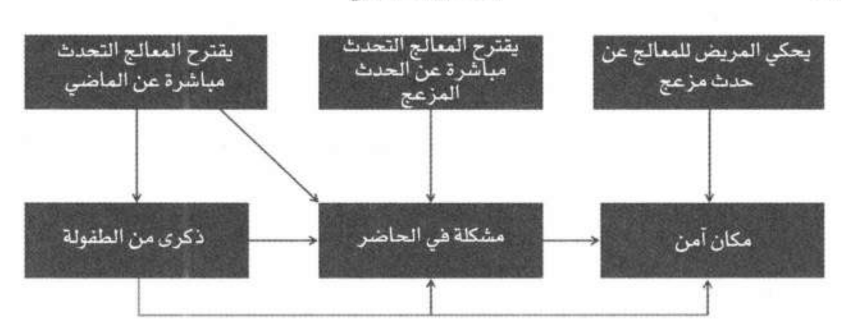
تساعد إعادة صياغة الذكرى المريض على إدراك مشاعره واحتياجاته وتعلم طرق أفضل للتعامل معها. الهدف النهائي هو تغيير المخططات والصيغ المختلة. وبهذه الطريقة تبدأ في طلب المساعدة والدعم ممن تثق بهم. أحيانًا تؤدي إعادة صياغة الذكرى إلى تغيير سريع مدهش، ولكن غالبًا ما يتطلب هذا استخدامها بشكل متكرر مع مواقف وذكريات مختلفة لضمان التغيير الدائم.

في الشكل (1 .5)، يمكن للمعالج أن يرى أن هناك بعض الخيارات لبدء عملية التخيل وتبديل الذكريات، وهذا يعتمد على ما يتطلبه العلاج في هذه اللحظة أو تلك.

يمكن أن يبدأ التخيل عندما يخبر المريض المعالج بموقف مزعج مر به في الآونة الأخيرة. بوسع المعالج بعد ذلك أن يطلب منه تخيل مكان آمن ثم يتبع ذلك بالتجربة المؤلمة أو أن يبدأ بالتجربة المؤلمة مباشرة. يتبع ذلك الانتقال إلى ماضي المريض. يحسن بالمعالج أيضًا أن يقترح عليه العودة مباشرة إلى الموقف المؤلم في ماضي المريض إذا كان على علم بمثل هذا الموقف بالفعل من المقابلة الشخصية أو معرفته بسيرة المريض. أخيرًا، إذا تحدث المريض عن ذكريات أو مواقف من الماضي، فإن بوسع المعالج استخدامها كنقطة انطلاق لتمرين التخيل.

ينصب تركيز التخيل الرئيسي على التجارب (الصادمة) التي لعبت دورًا في نشأة المخططات والصيغ المختلة.

قبل أن يبدأ المعالج بتمارين التخيل، يجب أن يقدم شرحًا شاملًا (راجع «الأساس المنطقي لإعادة صياغة الذكرى»).



الشكل (1.5) مسارات ذكريات الطفولة

الأساس المنطقي لإعادة صياغة الذكرى

(يُستخدم لشرح إعادة صياغة الذكرى للمريض).

1 ما حدث لك عندما كنت طفلًا كان مروعًا، وعندما لا يساعد أحد الطفل على التعامل مع هذا بطريقة ملائمة، يمكن أن يصاب بمشكلات خطيرة مثل اضطراب الشخصية الحدية، وتسيطر عليه مشاعر الخزي والذنب واحتقار الذات وكره الذات، فضلًا عن المشكلات في العلاقات (كيّف حديثك على حالة مريضك).

2 في حالتك، لم تتم معالجة ذكريات ما حدث جيدًا؛ حيث لم يكن هناك من يساعدك في ذلك عندما كنت طفلًا. قد يكون وقع هذه التجارب عليك كطفل ضارًّا جدًّا. على سبيل المثال: قد يستنتج الطفل أنه سيئ وهذا هو سبب حدوث ذلك له، وقد يعجز عن الوثوق بأي شخص، ويستشعر الخطر في الرغبة في التقرب من الآخرين، وقد يلوم نفسه ويتملكه الذنب والخجل. حتى حين يدرك من منظور عقلاني أن مثل هذه المشاعر قد لا تعبر عن الواقع، يشعر برغم ذلك بأنها صحيحة.

3 لا يمكننا تغيير ما حدث ولا يمكننا محو ذكرياتك عنه.

4 لكن يمكننا تغيير المعاني التي أضفيتها على مثل هذه الأحداث.

5 يمكننا محاولة تغيير هذه المعاني من خلال الحديث والاستدلال، لكننا نعلم من الأبحاث التي أجريت بالفعل أن استخدام التخيل أكثر فاعلية.

6 تؤكد الأبحاث الخاصة عن الدماغ أن الدماغ يستجيب للأحداث المتخيلة بالطريقة نفسها التي يستجيب بها للأحداث الحقيقية، حتى عندما يعرف الشخص أن الحدث متخيل. هذا يعني أن التأثير يكون أقوى بكثير على الدماغ عندما نتخيل المواقف مقارنة بما يحدث عندما نتحدث عنها فقط.

7 في إعادة صياغة الذكرى، نقوم بتغيير منظورك وكيفية رؤيتك للأشياء الفظيعة التي حدثت لك. لن نمحو هذه الذكريات، لا يمكننا ذلك، لكننا سنساعدك في الحصول على منظور مختلف حول ما حدث، واختبار هذا المنظور بعمق، حتى يتغير معنى ما حدث بداخلك. هذا يعني إمكانية التخفيف من المشاعر المؤلمة المرتبطة بهذه الذكريات (مثل الخزي والذنب والاشمئزاز والغضب والذعر)، بحيث يمكنك استعادة قيمتك الذاتية، وتثق بالآخرين أكثر من ذلك. إذا كان لديك ميل لاختيار أشخاص لا يناسبونك، فستجد أن العلاج يساعدك في البحث عمن يعاملونك بشكل أفضل. إذا كنت تخشى مشاعرك، فسيمدك العلاج بالأمان فيما يتعلق بالشعور بها والتعبير عنها. وبالتالي، تكون للعلاج آثار إيجابية كثيرة.

8 تمنحك إعادة صياغة الذكرى أيضًا إمكانية التعبير عن مشاعرك واحتياجاتك وأفعالك التي كان عليك قمعها في الماضي. على سبيل المثال: إذا تعرض أي شخص للهجوم، فإنه يشعر بالميل لرده. ولكن، إذا كان من الخطير رده، فإن الناس (تلقائيًا) يكبحون هذا الميل. على الرغم من أن هذا يمكن أن يعد تصرفًا ذكيًا عندما تنقصك القدرة (قد تكون عواقب القتال وخيمة)، فإنه لمثل هذا القمع عواقب غير صحية على المدى الطويل. وهنا، سنساعدك على التعبير عنها من خلال التخيل؛ لأنه من الآمن القيام بذلك الآن.

9 يحتاج الأطفال إلى الحماية من سوء المعاملة والإهمال، وإذا حدث ذلك لهم، سيحتاجون الحصول على الدعم والتهدئة والتطمين والاستماع إلى أفكار صحية حول من كان مذنبًا ومن يجب أن يشعر بالخجل. هذه

الاحتياجات طبيعية ولكنها عادة لا تتم تلبيتها لدى الأشخاص الذين يعانون المشكلات نفسها التي تعانيها. في إعادة صياغة الذكرى، نساعد المرضى على تجربة تلبية هذه الاحتياجات، وعلى الرغم من أنه تمرين خيالي، فإن الدماغ يستجيب لذلك كتجربة علاجية.

10 سيثير العلاج شتى المشاعر والأفكار الجديدة. قد يصعب عليك التعامل مع بعضها في البداية، لكنني سأساعدك في ذلك. على سبيل المثال: قد تشعر بالحزن حيال ما حدث، وقد يكون هذا الحزن صعبًا في البداية. لكن الحزن رد فعل طبيعي وعندما يُقمع تنجم عنه مشكلات خطيرة. لا بأس أن تشعر بالحزن أو أية مشاعر أخرى قد يثيرها العلاج، فهي جزء طبيعي من عملية التعافي. هذه المشاعر ليست علامة على أن العلاج لا يعمل! في الواقع، يمكن أن تكون علامة جيدة جدًّا.

11 في إعادة صياغة الذكرى، سيُطلب منك تخيل حدث صادم وهو يبدأ بالحدوث مرة أخرى. عندما يتضح ما سيحدث، سأطلب منك أن تتخيل أنني معك في الصورة، وسأتدخل لمنع أو إيقاف الإساءة أو الأشياء الفظيعة الأخرى. سوف أساعدك على تخيل وجود الأمان، وأن جميع الاحتياجات التي كانت لديك عندما كنت طفلًا - فيما يتعلق بتلك الذكرى - تمت تلبيتها. في المرحلة اللاحقة من العلاج، سأساعدك على تخيل أنك تقدم هذا النوع من المساعدة لنفسك. ستتخيل أنك تخطو في الصورة وتساعد .... «اذكر اسم المريض» الصغير؛ من خلال إيقاف الإساءة أو الأحداث السيئة الأخرى، ومن ثم العناية بـ .... «اسم المريض» الصغير.

12 في إعادة صياغة الذكرى، لن نضطر إلى ذكر كل تفاصيل ما حدث. هذا ليس ضروريًّا حتى يكون العلاج فعالًا؛ لذا، إذا حدثت لك أشياء مروعة، وكنت تفضل عدم مشاركة كل التفاصيل معي، فلا بأس بذلك. عندما يتضح ما هو على وشك الحدوث، وتستثار مشاعرك بشكل كافٍ، فهذا هو الوقت الذي سأتدخل فيه في الذكرى.

13 إذا وجدت أن هذا التدخل لا يكفي بالنسبة لك، فهذه ليست مشكلة على الإطلاق. يمكننا تجربة شيء آخر. كلما أتيت بأفكار حول كيفية إجراء إعادة صياغة الذكرى، كان أفضل.

14 يمكننا إعداد قائمة بأنواع الصدمات والأحداث السيئة الأخرى ذات الصلة بمشكلاتك الحالية التي يتعين علينا معالجتها. يمكنك تحديد ما تريد معالجته بأي ترتيب. سنربط أيضًا المشكلات التي تواجهها في حياتك الحالية بالتجارب التي مررت بها في طفولتك؛ لأن هذه التجارب المبكرة هي التي جعلتك عرضة للمشكلات الحالية. عندما أشعر بأنك قد تتجنب معالجة الأشياء التي سيكون من الأفضل لك معالجتها لتحقيق تعافٍ مكتمل، سأناقش هذا الأمر معك. لكني لن أحاول إجبارك على فعل أي شيء لا تريد القيام به.

15 وجدنا أنه من الأفضل استخدام الذكريات السابقة بدلًا من الذكريات اللاحقة؛ لذا، إن كان لدينا الخيار، فسنحاول البحث عن ذكرياتك وأنت أصغر سنًّا؛ فهناك تكمن جذور المشكلات عادة.

16 نحن في العادة نتناول ذكرى واحدة في الجلسة. وليس من الضروري معالجة كل الذكريات. العديد منها له المعنى نفسه وبمجرد أن نبدأ بنجاح في تغيير شعورك حيال الذكرى ذات الصلة، سترى أن معنى العديد من الذكريات الأخرى تغير أيضًا؛ لذلك، سنكون مرنين في الذكرى التي نختار العمل عليها. يعتمد ذلك على ما نجده الأكثر ملاءمة في تلك المرحلة من العلاج.

17 كان هذا شرحًا مطولًا. هل لديك أية أسئلة في الوقت الحالي؟

تخيل مكان آمن

من الجيد البدء في تقديم تمرين التخيل بتعليم المريض كيفية تخيل مكان آمن. بهذه الطريقة، يمكن للمريض أن يتعرف على التخيل وفي الوقت نفسه يصنع مكانًا خياليًّا آمنًا يمكنه العودة إليه في أي وقت إذا أصبحت تمارين التخيل الأخرى صعبة عليه وتثير مشاعر مزعجة. اطلب من المريض أن يغلق عينيه وإذا شعر بأن هذا غير مريح، فاطلب منه أن يختار نقطة على الأرض ويحدق إليها. أخبر المريض بأن التركيز يكون أسهل عندما يغلق عينيه، ولكن يمكنه محاولة التركيز بطرق أخرى أيضًا. والآن اطلب منه تخيل مكان آمن. يمكن أن يكون هذا مكانًا حقيقيًّا ذهب إليه أو سمع به، أو يمكن أن يكون مكانًا خياليًّا.

إن لم يعرف المريض أي أماكن آمنة، فعلى المعالج أن يقدم اقتراحات، مثل مكان في الطبيعة أو مكان آخر بناءً على المقابلة الشخصية يظن أن مريضه سيشعر فيه بالأمان. لا يستطيع بعض المرضى التفكير في مكان آمن؛ لأن العالم بالنسبة لهم شديد الخطورة وخالٍ من الملاذات الآمنة. في مثل هذه الحالة، يكاد يكون من المستحيل على المريض تخيل المكان الآمن. بالنسبة لهؤلاء المرضى، من المهم أن يسمح المعالج ببناء علاقة علاجية قوية وآمنة. يجب أن يحمي المريض بشكل فعال أثناء إعادة صياغة الذكرى، ويوفر له عنصر الأمان. لا يعتبر تخيل المكان الآمن شرطًا أساسيًّا في عدة أشكال من تمارين التخيل؛ لذلك إذا كان المريض لا يستطيع تخيل مكان آمن، على المعالج طمأنة المريض والمضي قدمًا في البحث عن ذكرى سلبية من الطفولة.

أثناء المناقشة اللاحقة، يتم عقد صلة بين ظهور صيغة في الحاضر (مثل: الوالد المعاقِب) وحدث (صادم) من ماضي المريض.

هناك شكل آخر مختلف وهو تخطي الموقف المزعج الحالي ومطالبة المريض بمحاولة العثور على ذكرى طفولته مباشرة. يمكن أن يكون هذا موقفًا مزعجًا، ولكن يجب ألا يكون كذلك. مثال لهذا: مطالبة المريضة نورا بتخيل نورا الصغيرة مع والدتها. يسأل المعالج المريضة: انظري إلى أمك. ماذا يحدث؟ بم تشعرين؟

استخدام التخيل في البحث عن جذور الصيغ

في المرحلة الأولى من العلاج، يتم البحث عن جذور الصيغ باستخدام التخيل دون إعادة صياغة الذكرى (انظر إرشادات التخيل لمفهوم تصور الحالة). على سبيل المثال: يمكن للمعالج أن يبدأ بتخيل مكان آمن. وهنا على المعالج أن يطلب من المريض أن يترك هذه الصورة تخرج من عقله ويتخيل موقفًا مزعجًا يعيشه حاليًّا. من الممكن أيضًا أن يبدأ بالموقف المزعج مباشرة. يطلب المعالج من المريض أن يولي اهتمامًا خاصًّا للمشاعر المؤلمة التي يثيرها هذا الموقف ثم يترك هذه الصورة تخرج من عقله مع الاحتفاظ بالمشاعر المرتبطة بالموقف.

يجب أن يستمر المعالج بالسؤال عما إذا كان المريض قد اختبر هذا الشعور عندما كان طفلًا ويوجه المريض للاحتفاظ بالشعور والانتظار حتى تنبثق ذكرى معينة. يجب ألا يبحث المريض عن ذكرى معينة بطريقة خاضعة للرقابة (معرفية)، بل يجب أن ينتظر ذكرى عفوية؛ لذلك إذا كان الموقف في الوقت الحاضر يتمثل في مواجهة

مع رئيس استبدادي، يمكن أن تكون ذكرى الماضي متعلقة بوالد استبدادي، ويمكن أن تكون شيئًا مختلفًا تمامًا أيضًا. من المهم إرشاد المريض إلى أنه يمكنه ترك الموقف يظهر بشكل عفوي من خلال التركيز على الشعور. إذا ظهرت عدة مواقف من الماضي، يمكنه اختيار واحد منها. الفكرة العامة هي أنه كلما كان المريض أصغر سنًّا وقت هذه الذكرى، كان ذلك أفضل. مواقف مرحلة الطفولة هي الأهم. وعلى المعالج أن يطلب من المريض وصف الموقف الذي يتذكره من مرحلة الطفولة بأكبر قدر ممكن من التفاصيل.

بمجرد أن تصبح الصورة واضحة، تستطيع نورا العودة إلى مكانها الآمن وفتح عينيها مرة أخرى؛ انظر: (ST step by step 1 ,03).

من المهم أن يختبر المريض هذا الموقف كما لو كان يحدث (مرة أخرى) في الواقع؛ لذا على المعالج أن يطلب منه استخدام الفعل المضارع وتخيل أكبر قدر ممكن من التفاصيل حول الموقف. من خلال الأسئلة المباشرة، يساعد المعالج المريض على توضيح الموقف ويكون عونًا له في هذه العملية (انظر المرحلة الأولى، الجدول 5 .1).

في بعض الأحيان لا تصبح الصورة واضحة بما يكفي، على الرغم من أسئلة المعالج الدقيقة. إذا كانت هذه هي الحالة، يجب ألا يبالغ المعالج في إصراره على توضيحها في المرحلة الأولى من العلاج. لعل هناك درعًا قوية أحاط المريض بها نفسه لأنه لا يثق بالمعالج بعد. هذا لا يعني أن المعالج يجب أن يتوقف عن محاولة استخدام تمارين التخيل، ولكن يمكنه قضاء بعض الوقت لمعرفة الأسباب التي تجعل المريض يحتمي بصيغة المنفصل الحامي بهذه القوة. على المعالج محاولة حل هذه المشكلة.

عندما يصبح موقف الماضي واضحًا، على المعالج أن يسأل في النهاية عما يتمناه المريض لتحسين الوضع. إذا كان المريض لا يعرف ما يحتاج إليه، فهذا يوضح مدى ضعف صيغة الراشد السليم لدى المريض. من ناحية أخرى، إذا كان يعرف ما احتياجاته، فهذا يعني تطور صيغة الراشد السليم ومخططاته. إذا كان بإمكانه تحديد ما يحتاج إليه، يمكنه تجربة اتخاذ إجراء وملاحظة تأثيره. ليس المقصود إعادة تصور الموقف، ولكن قد يكتشف المريض سبب صعوبة التعامل معه في الماضي.



إرشادات التخيل في تصور الحالة

1. أغمض عينيك وابحث عن مكان آمن هنا والآن. ألق نظرة جيدة على ما حولك. أين أنت؟ هل أنت وحدك أم مع شخص ما؟ ماذا ترى، أو تسمع، أو تشم (أو أحاسيس أخرى)؟ ما شعورك؟ ركز على هذا الشعور.
2. أطلق الصورة والشعور وتخيل موقفًا في الوقت الحاضر تشعر فيه بالانزعاج. ألق نظرة جيدة على ما حولك. أين أنت؟ مع من؟ ما المشكلة؟ ماذا ترى أو تسمع أو تشم (أو أحاسيس أخرى)؟ ما شعورك؟ ركز على هذا الشعور.
3. تمسك بهذا الشعور، لكن دع الصورة تتلاش. دع ذكرى الطفولة تعاود الظهور، والتي تشعر فيها بمثل ما تشعر به الآن.
   - إذا لم تظهر على الفور، ركز على الشعور، لكن لا تحاول استدعاءها بنشاط.
   - في حالة ظهور أكثر من موقف في وقت واحد، اختر واحدًا فقط. كل شيء بخير.
4. عندما تعثر على الموقف. ألق نظرة فاحصة حولك. أين أنت؟ مع من؟ ماذا ترى أو تسمع أو تشم (أو أحاسيس أخرى)؟ ما الذي يجري؟ كم عمرك؟ ماذا يحدث؟ ما شعورك؟ ماذا يعني هذا بالنسبة لك؟ ماذا تريد؟
5. هل هناك شيء تود القيام به ولا تجرؤ؟ ما الذي يمنعك؟
6. جرب ما تريد أن تفعله أو فكر في شخص يمكنه مساعدتك (تخطًّ هذا إذا كان الموقف شديد التعقيد وانتقل إلى النقطة 7).
7. الآن اترك مشاعرك وذكراك وعد إلى مكانك الآمن. ألق نظرة فاحصة حولك وركز على مشاعرك.
8. افتح عينيك وناقش الصلات الممكنة بين المواقف الصعبة والمشاعر في الحاضر والماضي. اذكر كيف أثر ذلك على تشكيل مخطط أو أكثر، وصيغة أو أكثر.

عندما تكون ذكرى الماضي مؤلمة بشدة ويبدأ المريض معايشتها بقوة، على المعالج إيقاف تمرين التخيل على الفور دون العودة إلى المكان الآمن. عليه أن يمنع عودة الصدمة؛ لأن هذا يؤذي المريض ويمكن أن يخيفه من تجربة التخيل مرة أخرى. الهدف الوحيد من تمرين التخيل في هذه المرحلة من العلاج هو اكتشاف العلاقة بين المشاعر المؤلمة (القوية) في الوقت الحاضر والمواقف التي حدثت في الماضي والشخصيات الأساسية المشاركة في الموقف، والمخطط الذي شكلته هذه الخبرات.

نموذج حوار: البحث عن جذور الصيغ

المعالج: أغمضي عينيكِ وتخيلي مكانًا آمنًا هنا والآن.

المريضة: أرى نفسي جالسة على الأريكة والقطة على ساقي.

المعالج: أنت جالسة على الأريكة والقطة على ساقكِ وبم تشعرين؟

المريضة: شعور جميل ومريح. ليس عليَّ أن أفعل أي شيء.

المعالج: حسنًا، ركزي على هذا الشعور.

(فترة صمت قصيرة)

المعالج: أطلقي هذا الشعور المريح الآن، وتذكري موقفًا مزعجًا من الحاضر، موقفًا يشعركِ بالضيق.

المريضة: نسيت مرةً توصيل رسالة مهمة إلى رئيسي. بدا غاضبًا حقًّا.

المعالج: بم تشعرين؟ (من فضلكِ أخبريني بما يحدث كما لو كنت حاضرة بالفعل في هذا الموقف)

المريضة: أنا خائفة.

المعالج: ماذا يحدث الآن؟

المريضة: أخبره بأنه كان هناك الكثير من المكالمات الهاتفية وكنت مشغولة للغاية. يتجاهلني تمامًا ويبدأ قراءة الرسالة.

المعالج: إذن، فقد تجاهلكِ. وبم تشعرين الآن؟

المريضة: بأنني غبية، وبلا قيمة. شعور سيئ.

المعالج: تمسكي بهذا الشعور ودعي الصورة تتلاشَ. اكتشفي ما إذا كانت هناك ذكرى من طفولتك أشعرتكِ بالشعور نفسه.

المريضة: لا أدري.

المعالج: حاولي التمسك بشعور أنكِ غبية وبلا قيمة. ليس عليكِ استدعاء ذكرى الماضي بنشاط، ستأتيكِ وحدها في الوقت المناسب. لكن تمسكي بهذا الشعور.

المريضة: يمكنني الآن تذكر موقف حدث في المدرسة. لم أفهم ما قالته المعلمة فجعلتني أبدو كالحمقاء أمام الفصل بأكمله.

المعالج: أنتِ في المدرسة. كم عمرك؟ أين أنتِ في الفصل؟

المريضة: أنا في الصف الثالث، وأقف أمام السبورة. أكتب إجابة خطأ على السبورة.

المعالج: ماذا يحدث الآن؟

المريضة: تسير المعلمة نحوي وتمسح ما كتبته وتصيح بصوت غاضب بغيض: «نورا! أيتها الغبية! اجلسي. أنتِ لا تصلحين لشيء!». كل الأطفال يضحكون عليَّ.

المعالج: بم تشعرين الآن؟

المريضة: بالحرج الشديد! أتمنى أن تنشق الأرض وتبتلعني. أريد أن أبكي، لكنني عاجزة عن ذلك أيضًا.

المعالج: إذن، تشعرين بالحزن الشديد والحرج؛ لأن المعلمة غاضبة جدًّا.

جزء اختياري:

المعالج: ما الذي كنتِ تريدين أن يحدث؟

المريضة: أن تتوقف المعلمة عن إساءة معاملتي، وأن يتوقف الأطفال عن الضحك.

المعالج: إذن، أنتِ بحاجة إلى الحماية والاحترام؟

(تومئ المريضة موافقة)

المعالج: أظن أن هذا واضح وكافٍ في الوقت الحالي. يمكنك إطلاق هذا الموقف برمته وهذا الشعور بعيدًا، والعودة إلى مكانكِ الآمن. على الأريكة وبصحبة القطة.

(يقود المعالج المريضة إلى المكان الآمن ثم يطلب منها أن تفتح عينيها).

الجدول (1.5) أسئلة تُطرح أثناء إعادة صياغة الذكرى

إعادة صياغة الذكرى: نموذج من مرحلتين	
المرحلة الأولى	ماذا يحدث؟ ماذا ترى، أو تسمع، أو تشم (أو أحاسيس أخرى)؟ من معك هناك؟ كم عمرك؟ ما شعورك؟ ما رأيك؟ ماذا تفعل؟
المرحلة الثانية	يتدخل المعالج. (في الوقت المناسب) ما رأيك فيما يحدث الآن؟ ماذا يفعل (س) (المعتدي)؟ يتدخل المعالج مرة أخرى إذا لزم الأمر ماذا يفعل (س) الآن؟ يسري المعالج عن الطفل، ويعرض عليه القيام بشيء آخر بم تشعر؟ هل هناك شيء آخر تحتاج إليه؟ (استمر في هذا حتى تتحسن حالته)
إعادة صياغة الذكرى: نموذج ثلاثي المراحل	
المرحلة الثانية (في النموذج ثلاثي المراحل)	يطلب المعالج من نورا الراشدة السليمة التدخل ما رأيكِ في هذا؟ انظري إلى نورا الصغيرة ما الذي تظنين أنها تحتاج إليه؟ ماذا تريدين أن تفعلي؟ افعليه إذن (نورا الراشدة تفعل شيئًا لوقف المعتدي) هل هناك أي شيء تريدين القيام به؟ (مثل التسرية عن الطفلة) قومي به إذن. (نورا الراشدة تسري عن الطفلة) استمر إلى أن تتحسن حالة الطفلة.
المرحلة الثالثة (في النموذج ثلاثي المراحل)	تعود نورا إلى دور نورا الصغيرة مرة أخرى. يكرر المعالج ما تفعله نورا الراشدة ما شعوركِ؟ هل هناكَ شيء تحتاجين إليه أكثر من غيره؟ حسنًا، اسألي (ص) (ص هو الراشد السليم؛ كالمعالج، أو المساعد، أو الذات الراشدة) (اسمح لنورا الصغيرة بأن تطلب من نورا الراشدة القيام بذلك. بهذه الطريقة يُستخدم التمرين في التعبير عن احتياجاتها أيضًا). ماذا يحدث؟ ما شعورك؟ هل هذا جيد؟ هل هناك شيء آخر تحتاجين إليه؟ (استمر في هذا حتى تتحسن حالتها)

كرر أو غيّر فيما سبق إلى أن يوافقك المريض على صحتها.

إعادة صياغة الذكرى

في مرحلة العلاج، بعد الانتهاء من تصور الحالة، يتم توسيع نطاق تمارين التخيل لتشمل إعادة صياغة الذكرى. وبينما تتنوع الأسباب المباشرة لاستخدام هذه الطريقة، يظل الهدف المركزي كما هو؛ تغيير المعنى المرتبط بالتجارب السابقة. يوضح المعالج أنه برغم استحالة تغيير الماضي، من الممكن تغيير الاستنتاجات التي يتوصل إليها المريض بسبب تجارب الماضي.

بالنسبة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، تتم إعادة صياغة الذكرى في البداية على مرحلتين رئيسيتين. في المرحلة الأولى، يتخيل المريض ذكرى الطفولة (الصادمة) من منظوره كطفل صغير، وفي المرحلة الثانية يَدخل المعالج الذكرى لإعادة بنائها. في المراحل النهائية من العلاج، يبدأ المريض إعادة بناء ذكرياته من خلال دخول الصورة كراشد سليم. وتتم إضافة مرحلة ثالثة حيث يختبر المريض ما أعاد بناءه كراشد من مواقفه وذكرياته من منظور الطفل الصغير، ويطلب من الراشد اتخاذ إجراءات إضافية إذا لزم الأمر. لأسباب واضحة، لا يمكن أن يحدث هذا إلا بعد أن يكوّن المريض صيغة راشد سليم قوية. في القسم التالي سنصف النموذج الأساسي ثنائي المرحلتين لإعادة صياغة الذكرى. يتبع هذا النموذج ثلاثي المراحل في القسم التالي.

نموذج أساسي لإعادة صياغة الذكرى أثناء الجزء الأول من العلاج

خلال الجزء الأول من العلاج، لا يصل المريض بعد إلى صيغة راشد سليم قوية. ولهذا السبب لا يفهم العلاقات الطبيعية بين الوالدين والطفل ويعجز عن تخيل كيف يمكن (أو ينبغي) أن يتفاعل الوالدان مع الموقف. يمكن أن يكون العجز عن فهم العلاقة الطبيعية بين الوالدين والطفل خطيرًا جدًّا وبعيد المدى. يجهل بعض المرضى المهارات الحياتية الأساسية أو كيفية رعاية أنفسهم. لعلهم عاشوا حياة قاسية في الشوارع في مرحلة الطفولة، أو بذلوا قصارى جهدهم للبقاء خفيين في المنزل، والاعتناء بأنفسهم دون طلب العون من أحد. من السهل أن نفهم كيف لا تكون لمثل هذا الشخص فكرة عن كيفية تفاعل «الوالد العادي» مع الطفل حين يرتكب خطأ، أو إذا حدث شيء فظيع للطفل؛ لذلك يجب أن يكون المعالج نموذجًا للأبوة الصالحة (انظر الفصل 4: «إعادة التربية المحدودة»). في تمارين إعادة صياغة الذكرى، على المعالج أن يفكر في كيفية تفاعل الوالد السليم في الموقف المعين. ليس من الضروري أن ينجب المعالج أطفالاً

كي يدرك استجابة الوالدين الملائمة في المواقف الحياتية التقليدية. الفطرة السليمة والمشاعر السليمة كافية لإخباره بذلك. سنصف الآن نموذج إعادة صياغة الذكرى ذا المرحلتين. يقدم الجدول (5 .2) نظرة عامة.

المرحلة الأولى: تخيل الموقف الأصلي

تتضمن مقدمة المرحلة الأولى تخيل المريض لمكان آمن أو موقف حديث مزعج. يحسن بالمعالج الاستفادة من خلفية المريض كنقطة انطلاق للتمرين (انظر الشكل 5 .1).

على المريض أن يتخيل موقفًا مؤلمًا في طفولته بأكبر قدر ممكن من التفاصيل. ليس من الضروري أن يكون الحدث الأكثر صدمة في حياته، حيث إن هناك أحداثًا أقل قوة تقود إلى استنتاجات خاطئة، وتسهم في المخططات المختلة. كما أنه ليس من الضروري أن يتذكر المريض ذكرياته المبكرة جدًّا؛ لأن الأحداث المتعلقة بتكوين الصيغ المختلة عادة ما تحدث بشكل متكرر، والذكرى التي تتم استثارتها عادة ما تكون تقليدية. علاوة على ذلك، ليس من المهم أن تكون متأكدًا كليًّا مما إذا كانت جميع التفاصيل تذكر بمنتهى الدقة. الغرض من هذا التمرين ليس البحث عن الحقيقة المطلقة، بل تغيير معنى التمثيلات التخطيطية المعممة للتجارب التقليدية من طفولة المريض.

الجدول 5 .2 مرحلتا النموذج الأساسي لإعادة صياغة الذكرى خلال المرحلة الأولى من العلاج

المرحلة الأولى	المريض = طفل	الموقف الأصلي كما مر به المريض.
المرحلة الثانية	المريض = طفل المعالج يعيد بناء الصورة	إعادة صياغة الذكرى: يقوم المعالج بإعادة بناء الموقف. يختبر المريض تدخل المعالج كطفل. يطلب المريض ويتلقى أكبر قدر ممكن من تدخلات المعالج.

بينما يحاول المريض تذكر تجربته من منظور الطفل الصغير، يجب أن يستمر المعالج في التساؤل عن أحاسيسه وأفكاره. يستفسر المعالج عن التجارب الحسية (ماذا ترى، أو تسمع، أو تشم)؟ والمشاعر (بم تشعر؟ هل أنت غاضب أو خائف؟)، والأفكار (بم تفكر الآن؟)، والسلوكيات (ماذا تفعل؟ ماذا يحدث؟) (انظر أيضًا الجدول 5 .1). عادة ما تكون المشاعر القوية مؤشرًا جيدًا على أن المعالج يتعامل مع ذكرى مهمة.

من المهم أن يعرف المعالج كيف يكيّف نبرة صوته واللغة التي يستخدمها مع سن الطفل. عليه أن يتحدث بطريقة ودية ورقيقة ومطمئنة، كما يفعل مع الأطفال «العاديين» في مثل هذا العمر.

مثال للمرحلة الأولى من تمرين التخيل

نورا في الثامنة من العمر. تسقط نورا من فوق دراجتها وتجرح ساقها بسبب الأسلاك الشائكة. لا تساعدها والدتها أو تسري عنها، بل تغضب من نورا وتصفعها.

المريضة: أنا في المطبخ مع أمي.

المعالج: ماذا يحدث الآن؟

المريضة: سقطت وساقي تنزف بشدة. أنا أبكي.

المعالج: بم تشعرين؟

المريضة: أشعر بالألم، والخوف أيضًا لأنه قطع عميق جدًّا بسبب الأسلاك الشائكة.

المعالج: ماذا تفعلين؟

المريضة: أطلب من أمي مساعدتي، لكنها تصيح في وجهي وتأمرني بالتوقف عن التذمر وأن ساقي ستتحسن بمفردها. وسألتني عما حدث للدراجة...

المعالج: وماذا أيضًا؟

المريضة: أشعر بالخوف من قول أي شيء لأن عجلة الدراجة انبعجت. أمي على وشك أن تضربني (تبدأ المريضة في البكاء والارتجاف).

المعالج: حسنًا لنتوقف عند هذه النقطة. نعرف ما يكفي الآن ولا نحتاج إلى أن نعيش الموقف من جديد

بمجرد التحرر من الذكرى، يمكن للمعالج أن ينتقل إلى المرحلة الثانية. ليس من الضروري استعادة الذكرى بأكملها. يكفي أن يشعر المريض بالمشاعر المرتبطة بالموقف/الذكرى. من المفيد في بعض الأحيان مناقشة المرحلة الأولى قبل المتابعة، ولكن بشكل عام يحسن بالمعالج أن يقترح على المريض إبقاء عينيه مغلقتين ثم البدء في المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية: إعادة بناء المعالج للذكرى

حين يحدث ما يهدد بخطر خلال تمرين التخيل، على المعالج أن يوقف ما يحدث ويؤكد أنه موجود لمساعدة نورا الصغيرة. يطلب المعالج منها أن تتخيل أنه معها في المكان نفسه في تلك اللحظة. عليه ألا يطلب الإذن للدخول في الموقف بل أن يخبر نورا الصغيرة بأنه الآن معها. طلب الإذن سيكون محفوفًا بالمخاطر؛ لأن المريضة قد ترفض لأنها لا تريد أن تخاطر بنفسك في هذا الموقف الصعب على سبيل المثال. إنك بهذا ودون أن تقصد ستعزز المعنى القديم لديها الذي يقول: لا أحد يمكن أن يساعدني والمعتدي لديه كامل السلطة، وبالطبع هذا ليس التأثير الذي نهدف إليه.

مثال للمرحلة الثانية: دخول المعالج للذكرى

المعالج: أنا قادم إلى المطبخ. هل بإمكانكِ رؤيتي؟ (تومئ المريضة)

المعالج: أنا أقف بينك وبين والدتك. أنا أمنعها من رفع ذراعها لضربك. هل ترين هذا؟

المريضة: نعم، لكن احذر! إنها قوية جدًّا جدًّا.

يقوم المعالج بعمل كل ما هو ضروري لحماية نورا الصغيرة والتخفيف عنها. إذا لزم الأمر عليه أن يوقف المعتدي ويبعده، أو يستخدم التمرين لحماية الطفلة من التعرض للهجوم. بوسعه أن يصبح فجأة أقوى أو أضخم بكثير لإيقاف المعتدي العنيف (الأم). ويمكن أن يقوم ببناء جدار أو سياج بين المريضة والأم. يمكنه أيضًا طلب المساعدة من الشرطة أو مكتب رعاية الأطفال. أول شيء على المعالج فعله هو جعل الموقف أكثر أمانًا للطفلة.

الشيء الوحيد الذي لا يتغير في ذكريات المرضى هو المعتدي (وغالبًا ما يكون الوالد). ورغم أن المريض يطلب من المعالج أحيانًا تغيير طباع الوالد وتحويله إلى شخص عطوف ومحب، فإن هذا لن ينجح. ذكريات المريض عن والده كشخص مهمل أو عدواني قوية بشدة، وليس من المنطقي أن يكون هذا الوالد قادرًا على التغير في الخيال (خاصة إذا كان لا يزال يتصرف على هذا النحو في الحاضر).

خلال مرحلة إعادة البناء، على المعالج أن يكيّف نبرة صوته ولغته وفقًا لمن يتحدث إليه. إذا تحدث إلى المعتدي، فيمكنه استخدام صوت الراشد وأحيانًا صوت الغاضب. ولكن بمجرد أن يعود إلى الطفل فإن عليه أن يتحدث بلطف وود.

مثال للمرحلة الثانية: دخول المعالج الذكرى وتدخله (تابع)

المعالج: أقول لوالدتكِ الآن: توقفي، لا يجوز أن تضربي نورا. ألا ترين أنها أصيبت بجروح خطيرة؟!.

المريضة: انتبه، أمي أضخم منك.

المعالج: لا تقلقي، قد أكون صغيرًا، لكنني قوي جدًّا. أنا أمسك بذراع والدتكِ. ماذا سيحدث الآن؟

المريضة: أمي غاضبة جدًّا منك. هذا بادٍ على وجهها، لكنها لا تجرؤ على ضربي ما دمت موجودًا.

المعالج: سيدة (س)، تحتاج ابنتكِ إلى طبيب. يبدو الجرح في حالة سيئة حقًّا.

المريضة: لأن أمي تسبك وتقول إنني حمقاء وبغيضة و...

المعالج: توقفي فورًا واتركي نورا وشأنها. إنها بحاجة إلى علاج جرحها.

المريضة: تريد أن تضربك.

المعالج: لقد حملتها الآن وسأضعها في الردهة خارج المطبخ. ها قد أغلقت الباب. لقد اختفت!

المريضة: نعم الآن لا يمكنها أن تضربك.

المعالج: ولا يمكنها أن تضربكِ أيضًا. ممنوع عليها أن ترجع إلى هنا طالما ظلت تتصرف على هذا النحو.

بمجرد إبعاد المعتدي، يستمر تمرين التخيل. تحتاج نورا الصغيرة إلى الدعم والراحة والرعاية أيضًا. غالبًا ستكون مصدومة بشدة وقلقة بشأن ما سيحدث بعد ذلك. تمامًا كما يهتم الوالد الصالح بطفله، على المعالج أيضًا الاستمرار في رعاية المريضة بمجرد زوال خطر الهجوم. يمكنه أن يفعل كل ما يفعله الوالد «الحقيقي» لطمأنة الطفلة

مثل التحدث بنبرة أو بطريقة مطمئنة وتهدئة المريضة من خلال الجلوس بجانبها أو تربيت ظهرها. تختبر المريضة هذه اللحظة كطفلة صغيرة وتجد ما يحدث أمرًا طبيعيًّا للغاية ما سيشعرها بالدعم والاطمئنان. تشعر المريضة بالدعم أيضًا عندما يتبع المعالج مثل هذا الموقف المزعج بموقف لطيف، مثل ممارسة لعبة أو الذهاب في نزهة أو تناول المثلجات.

كل هذا يحدث أثناء إعادة صياغة الذكرى بالطبع، في الخيال فقط. المعالج لا يمس المريضة في الواقع. يقول فقط إنه يجلس بجانبها في الصورة المتخيلة، ويمسك بيدها أو يربت ظهرها وهي طفلة داخل هذه الصورة.

مثال للمرحلة الثانية: المعالج يساعد المريضة ويخفف عنها أثناء تمرين التخيل

المعالج: كيف حالك يا نورا؟

المريضة: ما زلت خائفة لأنها ستعود قريبًا وتضربني. وهي الآن أشد غضبًا لأنك ساعدتني.

المعالج: إذن، أظن أنه من الجيد أن نحتجزها في مكان دون أن تستطيع الوصول إليكِ. أين أحبسها؟ في السجن؟

المريضة: نعم، لكن بعيد جدًّا! في مكان ما لا تستطيع الهروب منه.

المعالج: حسنًا، سأحبسها في جزيرة على الجانب الآخر من العالم. بم تشعرين الآن؟

المريضة: أهدأ الآن، ولكني حزينة جدًّا.

المعالج: آه، ما زلتِ حزينة. أرى ذلك بوضوح. إلام تحتاجين؟

المريضة: أشعر بالوحدة الآن! (تبكي)

المعالج: هل آتي وأجلس بجوارك؟ هل تريدين منديلًا؟ اسمحي لي بأن أحيطك بذراعي. لا بأس، لقد ذهبتْ، وسأساعدك في العناية بساقكِ. سأتصل بطبيب الأسرة وأخبره بأنه بحاجة إلى المجيء إلى هنا وإلقاء نظرة عليكِ.

(تتنهد المريضة وتبدأ في التوقف عن البكاء ببطء)

المعالج: بم تشعرين الآن؟
المريضة: أفضل بكثير. هل سيأتي الطبيب من أجلي حقًّا؟
المعالج: بالطبع؛ لأن حالة ساقكِ تبدو سيئة للغاية، ولا أظن أنه يمكنكِ المشي إلى عيادة الطبيب.
المريضة: حسنًا، يمكنه الدخول، لكن من فضلك ابق معي لأنني متألمة حقًّا.
(تبقى المريض متوترة ويبدو عليها القلق)

على المعالج أن يدرك حقيقة أن معظم المرضى لا يعرفون ما يحتاجون إليه عندما يتم إيقاف المعتدي أو طرده؛ لذا في هذه المرحلة من العلاج، من المفيد أن تسأل: «ماذا تحتاج الآن؟». لكن لا تتوقع أن يكون المريض قادرًا على إخبارك. لا تسأل: «ماذا تريد مني أن أفعل بعد ذلك؟»، لأن هذا يتوقع الكثير من الراشد السليم. المريض ليست لديه خبرة عما يمكن أن يفعله الوالد الصالح؛ لذلك، عليك استخدام خيالك لمعرفة ما يحتاج إليه الطفل في مثل هذه المواقف. في المثال السابق، تحتاج نورا إلى التخفيف عنها وكذا إلى مجيء الطبيب.

غالبًا ما يخشى المريض أيضًا من النتائج التي ستترتب على الرعاية والاهتمام على المدى الطويل وتجب طمأنته بشأن المستقبل. يخشى الطفل العقاب فيحجم عن التعبير عن احتياجاته أو قبول مساعدة المعالج. على المعالج أن يتأكد من إفهام الطفل كيفية التواصل مع المعالج إذا حدث خطأ ما. ولأن كل هذا يحدث في إطار التخيل، من الممكن استخدام أساليب الطمأنينة الواقعية (كالاتصال بالهاتف المحمول) أو الخيالية (كتعويذة سحرية). قد يبدو الموقف غير آمن للمريض لدرجة تجعل عودة المعالج عندما يحتاج إليه المريض غير كافية. في هذه الحالة، يمكن أن يقترح المعالج أن يأخذ المريض للبحث عن مكان آمن للعيش فيه، مثل أسرة لطيفة يعرفها، أو مع المعالج نفسه. النقطة الأساسية في هذا التدخل هي أن يشعر المريض بالأمان ويشعر بالمعالج كداعم.

مثال للمرحلة الثانية: المعالج يأخذ المريضة إلى مكان آمن أثناء تمرين التخيل

المعالج: هل هناك شيء آخر تودين قوله؟

المريضة: نعم، أنا خائفة من أن تعود أمي وتعاقبني بقسوة؛ لأنني قلت إنه يجب عليك حبسها.

المعالج: إذن، أنتِ خائفة من المكوث هنا وحدكِ؟ (المريضة تومئ)

المعالج: هل هناك أي شخص يمكنكِ العيش معه؟ شخص لطيف معكِ ويرغب في الاعتناء بكِ؟

المريضة: ربما العمة روز... نعم، هي دائمًا لطيفة معي.

المعالج: هل آخذكِ إلى عمتك؟ ستكونين بأمان هناك ويمكنكِ الاتصال بي إذا احتجتِ إلى ذلك.

(تبدأ المريضة الاسترخاء والضحك أخيرًا، لكن بحذر)

المعالج: تعالي معي، هل تعيش عمتك بعيدًا؟

(تهز المريضة رأسها بالنفي)

المعالج: سآخذك إلى منزلها ها قد وصلنا. لنقرع الجرس. تفتح عمتكِ الباب وتبدو سعيدة جدًا برؤيتكِ. هل ترين هذا؟

(تومئ المريضة وتبتسم)

المعالج: العمة روز، لقد أحضرت نورا إليك؛ لأنها سقطت من فوق دراجتها فاتصلت بالطبيب للحضور لفحص ساقها. وهي تود البقاء هنا معكِ.

المعالج: (للمريضة) ماذا تقول عمتك؟

المريضة: تقول إنها موافقة، وجعلتني أَجلس على الأريكة أمام التليفزيون.

المعالج: حسنًا، سننتظر الطبيب ثم سأغادر. سأرتب مع عمتك بحيث تستطيعين العيش معها، وسأزوركِ يوميًا حتى تتحسني. ما رأيكِ في ذلك؟

المريضة: هذا لطيف.

المعالج: هل هذا كافٍ، أم أن هناك أشياء أخرى تريدينها؟

المريضة: لا، هذا جيد. أنا سعيدة؛ لأن بمقدوري البقاء مع العمة روز وأنك ستزورني كل يوم.

المعالج: يسعدني أيضًا أنكِ ستبقين مع العمة روز. ستعتني بك عندما تحدث مشكلة مثل حادث دراجتك، وكذلك في مواقف أخرى. لم يكن خطأك أنك وقعتِ، بل على العكس كان ذلك سوء حظ. والدتك عاجزة عن مساعدتك لأنها تشعر بالذعر والغضب بدلًا من استدعاء الطبيب. والدتك لديها مشكلة خطيرة. أنتِ طفلة جيدة وتستحقين رعاية جيدة.

(تتنهد المريضة وتبدو أكثر استرخاءً)

المعالج: دعينا نحضر لكِ شيئًا تشربينه وبعض البسكويت. ما نوع البسكويت الذي تحبينه؟

(يقترح المعالج شيئًا لطيفًا على نورا الصغيرة لتحفيز صيغة الطفل السعيد. يمكن أن يعرض عليها لعبة أطفال أيضًا).

انظر: (ST step by step 2 ,08).

بعد ذلك يمكن للمريضة إيقاف التمرين وفتح عينيها. هنا يناقش المعالج معنى هذا التمرين من حيث مخططاتها. العودة إلى المكان الآمن غير ضرورية في هذه الحالة، حيث يعود المريض إلى المكان الآمن خلال إعادة بناء المعالج للذكرى. في كثير من الحالات، يستنتج المريض أن كل شيء حدث خلال مرحلة الطفولة كان خطأه، وأن من حق والده أن يغضب منه أو يسيء معاملته؛ لأنه كان طفلًا غبيًّا أو سيئًا أو كسولًا. من خلال إعادة صياغة الموقف، يدرك المريض أنه لم يكن مخطئًا وأنه لا يستحق سوء المعاملة، بل كان صغيرًا بحاجة إلى الرعاية وأن والده فعل أشياء لا يفعلها الوالد العادي ببساطة. باستخدام هذه التقنية، يمكن تعديل صورته الذاتية، التي لا تزال تخبره بأنه غبي أو سيئ أو كسول عندما يرتكب أية أخطاء. كلما أمكن، يمكن صياغة وكتابة تفسير بديل بحيث يمكن للمريض أخذه معه إلى المنزل. على أية حال، أهم شيء هو أن يبدأ المريض الشعور تجاه نفسه بمشاعر صحية: «لم أكن مذنبة في هذا الموقف، كان ينبغي على أمي ألا تضربني أبدًا. أشعر بالراحة ولست خائفة كالسابق».

كما نقترح أن يحاول المعالج القيام بشيء لطيف للطفل في نهاية تمرين التخيل. يمكن أن يفكر في شيء يرغب الطفل عادة في فعله في ذلك العمر عندما ينتهي الموقف السيئ أو الحزين. عادة ما يتمثل هذا في تناول شيء يحبه أو لعبة يلعب بها أو الذهاب إلى مكان ما (ملعب أو حديقة حيوانات).

إعادة صياغة الذكرى في المرحلة النهائية من العلاج

بمجرد أن يتقدم المريض في العملية العلاجية وينمي الراشد السليم، يمكنه بنفسه تنفيذ إعادة صياغة الذكرى. تتكوَّن إعادة صياغة الذكرى الآن من ثلاث مراحل (انظر الجدول 5 .3). المرحلة الأولى مطابقة للمرحلة الأولى المذكورة سابقًا. المرحلتان 2 و 3، رغم اختلافهما قليلًا عن المرحلة الثانية الموصوفة سابقًا، فإنهما تحتفظان بالنقاط الأساسية نفسها لحماية الطفل وتهدئته مع مساعدته على تعديل استنتاجاته الخاطئة.

المرحلة الثانية: إعادة بناء المريض للذكرى كراشد سليم

بعد المرحلة الأولى، يُطلب من المريض تخيل دخول الموقف كراشد سليم. يستمر المعالج في سؤال المريض عن مشاعره وأفكاره وما يعتقد أنه يجب القيام به من أجلها كطفلة، لكن من منظور الراشد السليم. ليس غرض المعالج هنا فرض آراء أو تصرفات على المريض. الأكثر فاعلية بالنسبة لثقته بنفسه هو اتخاذ هذه القرارات بنفسه. يحسن بالمعالج أن يدرب المريض قليلًا بالطبع، ولكن عند الحاجة فقط.

الجدول 5 .3 المراحل الثلاث للنموذج الأساسي لإعادة صياغة الذكرى خلال المرحلة الثانية من العلاج

المرحلة الأولى	المريض = طفل	الموقف الأصلي كما مر به المريض.
المرحلة الثانية	المريض = راشد	يقوم المريض كراشد بإعادة بناء الموقف. يتدخل المريض هنا كراشد.
المرحلة الثالثة	المريض = طفل	إعادة صياغة الذكرى: يختبر المريض تدخل نفسه كراشد لكن كطفل هنا. يطلب المريض ويتلقى أكبر قدر ممكن من تدخلات الراشد.

نموذج لتمرين تخيل مع نورا الكبيرة في صيغة الراشد السليم

المعالج: أنت الآن نورا الكبيرة. هل يمكنكِ تخيل هذا؟
المريضة: نعم قليلًا.
المعالج: أنتِ في المطبخ وترين ما يحدث لنورا الصغيرة.
المريضة: أرى أمها غاضبة جدًّا وتريد ضربها.
المعالج: ماذا تريدين أن تفعلي؟
المريضة: أريد منعها وإخبارها بأن عليها العناية بنورا الصغيرة المصابة.
المعالج: حسنًا، افعلي هذا.
المريضة: اتركيها وشأنها واطلبي لها المساعدة.
المعالج: ماذا تفعل والدتك الآن؟
المريضة: صارت أشد غضبًا، لكنني أقوى واستطعت إخراجها من الغرفة.
المعالج: أحسنتِ! كيف حال نورا الصغيرة الآن؟
المريضة: بخير، مرتاحة وسعيدة؛ لأنها لم تتعرض للضرب.

لاحظ أن المريض عندما يتدخل كراشد سليم، لا يتخذ إجراءات ضد الأشخاص الذين يسيئون معاملة الطفل فحسب، بل يرعى الطفل أيضًا. يحسن بالمعالج أن يسأل المريض أثناء قيامه بدور الراشد السليم، إذا كان يعرف/يرى أي شيء آخر قد يحتاج إليه الطفل الصغير. إذا كان الأمر كذلك، فعلى المعالج أن يحفز الراشد السليم على القيام بما يعتقد أنه يجب القيام به. إذا نسي المريض شرح الأسباب الحقيقية لسوء المعاملة أو الإهمال ونسي طمأنة الطفل، فعلى المعالج أن يذكِّر المريض (الراشد) بلطف. إذا رأى المريض أن كل شيء على ما يرام وأنه تمت تلبية احتياجات الطفل، يمكن الانتقال إلى المرحلة الثالثة، والتحقق مما إذا تمت تلبية احتياجات الطفل بشكل كافٍ فعليًّا.

مثالان المريض فيهما راشد سليم ولكن جزئيًّا

حين يتبنى المريض صيغة الراشد السليم، لكن يبقى متشككًا في كيفية فعل ما يجب عليه فعله، هناك شكلان مختلفان للمرحلة الثانية يمكن اللجوء إليهما: إما البحث عن مساعد، أو قيام المعالج بتدريب المريض.

يمكن أن يكون المساعد شخصًا من ماضي المريض (مثل قريب أو مدرس)، أو من حاضره (مثل شريك أو صديق)، أو شخصية خيالية (مثل سوبرمان). يطلب المعالج من المريض التفكير في شخص يمكنه مساعدته على أن يتصرف كراشد سليم ويتخذ إجراء ضد البالغ المعتدي أو المسيء، شخص يمكنه المساعدة في حماية الطفل. على المعالج أن يوافق على أي مساعد له تأثير صحي وإيجابي، وأن يرفض من يعرف أنهم سلبيون أو مسيئون سواء حاليًا أو في الماضي في حياة المريض. يطلب المريض من المساعد أن ينضم إليه في تمرين التخيل وأن يفعل أو يقول ما لا يستطيع المريض فعله أو قوله. ميزة تدخل المساعد بدلًا من المعالج تتمثل في أن المريض نفسه هو الذي يقرر ما يقوله المساعد ويفعله، وبهذه الطريقة يصبح أكثر وعيًا بما يجب أن تكون عليه الاستجابة الملائمة وبما يحتاج إليه الطفل حقًّا. هنا تكون مشاركة المريض أكبر وتتعزز مشاعره بتقدير الذات واحترامها.

إذا لم يكن المريض قادرًا على التفكير في مساعد مناسب، بوسع المعالج تدريبه من خلال اقتراح أشياء لقولها أو سلوك مرتبط بما فكر المريض به سابقًا. هذا مفيد بشكل خاص في المرة الأولى التي يحاول فيها المريض إعادة صياغة الذكرى من منظور الراشد السليم، وأيضًا حين يقول أشياء ملائمة ولكن لا ينجح في وقف الإساءة أو طرد الوالد المعاقِب. على أية حال، من المهم إيقاف سوء المعاملة في المرحلة الثانية، وإلا فلن يشعر الطفل الصغير بالأمان. والشعور بالأمان هو أحد الأهداف الأساسية لإعادة صياغة الذكرى.

المرحلة الثالثة: مشاعر الطفل خلال إعادة صياغة الذكرى

الهدف من المرحلة الثالثة هو التحقق مما إذا كان الطفل تلقى الدعم الذي يحتاج إليه من أجل تلبية احتياجاته ودمج هذه التجربة الجديدة بشكل أفضل في مخططه (الطفولي). في المثال المذكور، يطلب المعالج من المريضة أن تغلق عينيها مرة أخرى وتعود إلى الطفلة الصغيرة في الموقف المتخيل، وتنظر إلى تدخلها كراشدة سليمة. يصف المعالج ما تفعله نورا الكبيرة لحماية نورا الصغيرة ويسأل الطفلة الصغيرة عن شعورها ورأيها في التدخل الذي قامت به نورا الكبيرة. هل هناك أشياء أخرى تحتاج إليها أو ترغب في تغييرها؟ بعدها يوصي المعالج نورا الصغيرة بأن تطلب هذه الاحتياجات من نورا الكبيرة، وتتخيل ما سيحدث بعد ذلك. في هذه المرحلة، يحسن بالمعالج التحدث نيابة عن نورا الكبيرة.

يجب أن يستمر المعالج في طرح هذه الأسئلة إلى أن تتم تلبية جميع احتياجات نورا الصغيرة. بهذه الطريقة يمكن للمريضة دمج رؤى جديدة في صورتها الذاتية. في

المرحلة الثالثة، تستخدم المريضة إعادة صياغة الذكرى بطريقة لا يتم فيها القضاء على التهديد فحسب، بل تلبية احتياجاتها الأخرى أيضًا (مثل التسرية أو الدعم أو الثناء). بهذه الطريقة تتعلم الاعتراف باحتياجاتها والتعبير عن تلك الاحتياجات للآخرين.

مثال على إعادة صياغة الذكرى، المرحلة الثالثة: سؤال الطفلة عما إذا كانت لديها احتياجات أخرى

المعالج: أنت الآن نورا الصغيرة مجددًا. أنتِ في المطبخ مع والدتكِ
(تومئ المريضة برأسها)

المعالج: ترين نورا الراشدة قادمة في تلك اللحظة التي كانت والدتكِ على وشك ضربك فيها فتوقفها عن ذلك. تخبر والدتكِ أنها غير مسموح لها بضربكِ، وأن عليها العناية بساقكِ الجريحة. ما رأيك في هذا؟

المريضة: هذا جيد الآن لم يعد بوسعها أن تضربني. لكن أمي ما زالت غاضبة.

المعالج: بالطبع لقد أخرجتها نورا الراشدة من المطبخ. بم تشعرين؟

المريضة: أنا أفضل.

المعالج: هل لديكِ احتياجات أخرى؟

المريضة: ساقي لا تزال تؤلمني، وما زلت مصدومة مما حدث.

المعالج: أخبري نورا الراشدة بذلك.

المريضة: ما زلت أنزف وساقي تؤلمني وأنا خائفة.

المعالج: ترى نورا الراشدة ذلك وستحضر لكِ الطبيب. ها هي تجلس إلى جواركِ. هل هذا أفضل؟
(تومئ المريضة برأسها ويبدو عليها الارتياح)

المعالج: كيف تشعرين الآن؟ هل كل شيء على ما يرام؟

المريضة: أحتاج إلى عناق وإلى منديل

المعالج: حسنًا. اطلبي منها ذلك

المريضة: أيمكن أن تعطيني منديلًا وتعانقيني؟

المعالج: ماذا تفعل نورا الراشدة؟

المريضة: تعطيني منديلًا وتعانقني.

المعالج: بم تشعرين الآن؟ (بعد بعض الوقت) هل هناك شيء آخر تحتاجينه؟ هل هناك شيء آخر تريدينه من نورا البالغة؟

إذا لزم الأمر، يمكن لنورا الكبيرة اصطحابها إلى منزل العمة روز كما في مثال المرحلة الثانية من إعادة صياغة الذكرى. ومع ذلك، من الممكن أيضًا أن تطلب المريضة من نورا الكبيرة البقاء والعناية بنورا الصغيرة، وهذا أكثر ملاءمة لهذه المرحلة من العلاج؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 3 ,05).

بعد المرحلة الثالثة، كما هي الحال مع المرحلة الثانية، يفكر المريض والمعالج في الآثار المترتبة على إعادة صياغة الذكرى والاحتياجات والمشاعر والأفكار الجديدة لتعديل المخططات المختلة. المهم أن تأخذ وقتًا كافيًا لدمج الرؤى الجديدة وتشكيل منظور جديد للمريض؛ لذلك يتم استخلاص الاستنتاجات على مستوى المخطط (لم يكن ذلك خطأك. أنت لست فاشلًا. والدك هو الذي لم يعرف كيف يتفاعل بطريقة صحية). يحسن بالمعالج أيضًا توفير المزيد من التثقيف النفسي حول ماهية التربية الطبيعية والاحتياجات الطبيعية للطفل.

إعادة صياغة الذكرى: تغيير أنماط السلوك في المستقبل

التخيل أداة مفيدة للغاية في تغيير أنماط السلوك. غالبًا ما تتم إعاقة تجربة السلوكيات الجديدة بسبب نهج المريض المختل في التعامل مع المشكلات.

غالبًا لا يعرف المرضى أنفسهم سبب إشكالية هذه السلوكيات الجديدة بالنسبة لها. إن تخيل موقف حديث لم تنجح فيه في تجربة سلوك جديد، والسماح للمريض بوصف الموقف بأكمله بالتفصيل، يكون أحيانًا أكثر إفادة كشكل من أشكال جمع المعلومات بدلاً من مجرد طلب وصف لفظي للموقف. يتم بعد ذلك توجيه إعادة صياغة الذكرى نحو ما يود المريض رؤيته يحدث، لكنه لم يتمكن من تحقيقه. أثناء التخيل يمكنها ممارسة طرق فعالة لحل المشكلات.

يذكر يونج وكلوسكو وويشار (2003) تمرين تخيل يصف فيه المريض عائقًا ويحاول التغلب عليه: «على سبيل المثال، قد يبدو العائق في صورة صخرة ثقيلة فوق كاهل المريض. عند سؤاله، يكشف المريض أن هذه الصخرة تمثل رسائل الوالد السلبية. يتحرر المريض من الرسالة عن طريق دفع الصخرة بعيدًا».

يمكن أيضًا استخدام التخيل من أجل التعامل في المواقف المستقبلية. يمكنه معرفة ما سيفعله أو يقوله وكيف يود أن يتصرف من منظور الراشد السليم. يمكنه استخدام هذه التمارين لاكتشاف ما إذا كان يريد تطبيق السلوك الجديد على أية حال. إذا شعر المريض في الوقت الحالي بأنه يتعين عليه التحدث إلى الوالد لشرح كل شيء عن العلاج وطلب المزيد من التعاطف، فيمكنه القيام بذلك في الخيال. أحيانًا يكون

مردود هذا جيدًا، حيث يعد المريض هذه المحادثة بطريقة جيدة. يكتشف أحيانًا أنه لا جدوى من مطالبة الوالد بمزيد من التعاطف؛ لأنه على الأرجح سيتفاعل بالطريقة نفسها التي كان يتفاعل بها والمريض في مرحلة الطفولة. في هذه الحالة، يمكنه أن يقرر عدم إجراء هذه المحادثة مع الوالد من أجل جماية نفسه من المزيد من الأذى.

إعادة صياغة الذكرى: تغيير أنماط السلوك في المستقبل إذا تدخل المنفصل الحامي

لمدة طويلة، ظلت نورا غير متأكدة مما تريد أن تفعله في حياتها. لم تعرف ما إذا كانت تريد الدراسة أو العمل. كان الاتجاه الذي قد ترغب في سلكه غير واضح على الإطلاق. يقترح المعالج أنه قد يكون من الجيد محاولة التحقق من هذا العائق في تمرين التخيل.

المعالج: أغمضي عينيك وتخيلي أنكِ في مكان هادئ ومسالم. أين أنتِ؟

المريضة: أمشي في الحديقة مع روب.

المعالج: تمشين مع روب ويسألكِ عما ستفعلينه في حياتك.

المريضة: ردة فعلي الأولى هي تغيير الموضوع (هنا يصبح الحامي نشطًا).

المعالج: من الجيد أنكِ على علم بذلك. حاولي التفكير في رد فعل آخر على سؤاله.

المريضة: أخبره بأنني لا أعرف وأحتاج إلى التفكير في الأمر.

المعالج: حسنًا، ابدئي التفكير في الأمر.

المريضة: لا أستطيع، أشعر بالشلل.

المعالج: ماذا تعنين بالشلل؟ ماذا أو مَن يشلّك؟

المريضة: فكرة أنني يجب أن أتخذ القرار الصحيح ولا يمكنني التجربة أولًا. أشعر بأنني سأكون ملتزمة كليًا بأي قرار أتخذه، ملتزمة بطريقة تثقل كاهلي.

المعالج: حاولي التخفف مما يثقل كاهلكِ. بالطبع يمكنك تجربة عدة قرارات وارتكاب الأخطاء. الفكرة التي تقول إنه لا يمكنك ارتكاب الأخطاء مصدرها والدكِ، لكنه لم يعد مسموحًا له بإعاقتك.

المريضة: نعم، هذا صحيح، لكن اتخاذ القرارات لا يزال مخيفًا بالنسبة لي. ترعبني احتمالية ارتكاب الأخطاء.

المعالج: حاولي أن تحرري نفسك من هذه الأفكار وابدئي التفكير في الاحتمالات المختلفة.

المريضة: حسنًا، هذا يبدو غريبًا بعض الشيء، لكنه يختلف عن شعوري السابق بالشلل.

المعالج: إذن، فما يمنعكِ من التفكير في مستقبلكِ هو خوفكِ من ارتكاب الأخطاء ولهذا السبب تستمرين في تجنب الموضوع.

أثناء قيام المريضة بعملية التخيل الآن، على المعالج أن يطلب منها التفكير فيما تريد القيام به في المستقبل ومشاركة هذه الأفكار مع روب. الاحتمال الآخر هو إيقاف تمرين التخيل ومناقشة كيف يمكنها أن تتعلم الاعتراف بهذا العائق في مرحلة مبكرة وتعليمها كيفية التخلص من ميلها للتجنب.

باستخدام التخيل، يمكن التعامل مع المواقف الأخرى التي قد يتجنبها المريض أيضًا، على الرغم من معايشته لصيغة الراشد السليم. يكون هذا مفيدًا بشكل خاص عندما يبدأ المريض علاقة جديدة وينشط مخططاته وصيغه القديمة مرة أخرى. يمكن للمريض تجربة السلوكيات الجديدة في تمرين التخيل، واختبار الأساليب والطرق التي تناسبه بشكل أفضل.

إعادة صياغة الذكرى: تغيير أنماط السلوك في المستقبل إذا بدأ الطفل الضعيف في الشكوى

هناك مشكلة أخرى وهي تحول المريضة إلى طفلة ضعيفة بدلًا من التصرف كراشدة سليمة.

المعالج: إذن، أنت تريدين التحدث إلى صديقتك حول انتقادها لكِ.
المريضة: نعم أريد أن أقول لها إن تعليقاتها على ملابسي لا تعجبني.
المعالج: حسنًا، أغمضي عينيك وتخيلي أنك ترينها. وأخبريها برأيكِ في هذا.
المريضة: لا تعجبني الطريقة التي تتحدثين بها عن ثوبي الجديد. أنا أحب هذا الثوب، لكني أشعر بالتشكك حين تقولين إنه غريب.
المعالج: كيف هي استجابتها؟
المريضة: تبدو متفاجئة وغاضبة قليلًا (تبدأ في البكاء). لا أعرف ماذا أقول.
المعالج: أظن أن نورا الصغيرة موجودة الآن. حاولي التواصل مع نورا الكبيرة مرة أخرى. ماذا تقول؟
المريضة: أشعر بالحزن وخيبة الأمل عندما تنظرين إليَّ بهذه النظرة الغاضبة. كنت أتمنى أن يعجبكِ ثوبي. لماذا أنتِ غاضبة؟ يبدو أن ذوقي لا يعجبك. ألا يعجبكِ أنْ أكون أكثر استقلالية بحيث لا يؤثر بي رأيكِ؟
المعالج: أسئلة جيدة. ماذا سيحدث بعد ذلك؟

قد يناقش المعالج مع نورا ما إذا كانت تخشى صديقتها لأنها تبدو غاضبة بالطريقة نفسها التي كان يغضب بها والدها. تعلمت نورا الخضوع فيما مضى لكن عليها الآن أن تتعلم أن تكون أكثر حزمًا تجاه أصدقائها الحاليين. حتى إذا كانت صديقتها لا توافقها على اختياراتها، فلا يزال بإمكانها اختيار طريقها الخاص؛ انظر (Schema Therapy Step by Step 3.08 Future Imagery—Mode awareness & mode management and 3.09 Future Imagery—Behavioral Change).

أسئلة متداولة حول إعادة صياغة الذكرى

هناك العديد من المشكلات المختلفة التي يمكنها إعاقة استخدام إعادة صياغة الذكرى. سيتم وصف المشكلات الأكثر شيوعًا التي تمت مواجهتها أثناء هذا التمرين

العلاجي أدناه. يقدم واينجارت وهايز (2018) أمثلة بالفيديو عن كيفية معالجة الصعوبات في تطبيق إعادة صياغة الذكرى.

متى يمكنني البدء في تمرين التخيل؟

في معظم الحالات، يحسن بالمعالج أن يبدأ التخيل مبكرًا. بهذه الطريقة يعتاد المريض عليه من البداية. في الجلسة الثانية أو الثالثة، يمكنك البدء بالتخيل دون إعادة صياغة الذكرى من أجل اكتشاف (أصول) المخططات. إذا كان المريض متشككًا بشدة، فقد يحتاج المعالج بعض الوقت والجهد للحد من شكوكه. يحسن بالمعالج تقديم تمرين التخيل خطوة بخطوة (انظر الأسئلة التالية).

ماذا أفعل عندما يقاوم المريض التخيل؟

أحد التمارين التي يمكن أن تساعد على تسهيل عملية التخيل هو البدء بتصور موقف عادي بعيدًا عن ذكرياته المؤلمة.

يمكنك أن تطلب من المريض أن يتخيل أنه طفل وتذهبا معًا إلى متجر حلوى أو متجر ألعاب وتسمح له باختيار الحلوى أو الألعاب التي يريد الحصول عليها.

هناك شكل آخر وهو أن تطلب من المريض التنزه خارج المدينة بين التلال. ثم يرى المريض طفلًا يمشي نحوه من مسافة بعيدة. يقترب الطفل وفجأة ترى أن الطفل هو المريض نفسه وهو صغير. اسأله كيف يبدو الطفل وبم يشعر. ثم دع المريض يفكر فيما يريد أن يقوله أو يفعله للطفل الصغير. دع المريض يقل شيئًا للطفل. ثم يمضي في طريقه أو يبقى مع الطفل إذا أراد.

ماذا أفعل إذا لم يستطع المريض التفكير في مكان آمن؟

عندما لا يتمكن المريض من إيجاد مكان آمن، فهناك عدة احتمالات لمساعدة المريض على بناء مكان آمن. الاحتمال الأول هو مساعدة المريض في البحث عن مكان خيالي. يمكنك استخدام أمثلة من الأفلام أو القصص الخيالية أو وصف مكان آمن مرتبط بسيرة المريض.

كما وصفنا من قبل، ليس من الممكن دائمًا العثور على مكان يبدو للمريض آمنًا بدرجة كافية. في هذه الحالة، يمكن أن تصبح غرفة المعالج مكانًا آمنًا عندما يستطيع المريض الوثوق بالمعالج بدرجة كافية.

هل من الضروري البدء بمكان آمن دائمًا؟

ليس من الضروري أن تبدأ دائمًا بمكان آمن. مع تقدم العلاج، يمكن أن تبدأ تمرين التخيل بحدث صعب في الماضي أو الحاضر إذا شعر المريض براحة أكبر في الجلسة. بعض المعالجين لا يستخدمون المكان الآمن أبدًا.

ماذا لو قال المريض إنه عاجز عن إيجاد ذكرى أو إنه لا ذكريات لديه من مرحلة الطفولة؟

عندما يكون المريض غير قادر على «العثور» على الذكريات أو يقول إنه ليست لديه ذكريات من طفولته، فيحتمل أنه لا يريد أن يتم تذكيره بهذه الذكريات متعمدًا، أو أنه دفنها بعيدًا ويجد صعوبة في تذكرها في الواقع. باستخدام التخيل لتذكر ذكرى ممتعة، غالبًا ما تظهر ذكريات المواقف المزعجة أيضا. إذا كان الخوف من الذكريات المؤلمة أو كان العقاب يلعب دورًا كبيرًا في حياة المريض، فمن المفيد الاعتراف بهذه المشاعر واستكشاف الصيغ المتضمنة. على وجه الخصوص يجب التعامل مع صيغة الوالد المعاقب على الفور. بعد التعامل الفعال مع صيغ التدخل، غالبًا ما يضحى التخيل ممكنًا. عندما يسود خوف كبير من فقدان السيطرة، يجب أن يسمح المعالج للمريض بأكبر قدر ممكن من السيطرة على تمرين التخيل. يحسن بالمعالج أولًا أن يطلب من المريض أن يحاول – وعيناه مفتوحتان – النظر إلى نقطة ارتكاز، أو تذكر مرحلة زمنية معينة. هذا يمنحه مزيدًا من التحكم وشعورًا أكبر بالأمان. إذا ثبت أن هذا يمثل تهديدًا كبيرًا، فيحتمل أن الوقت مبكر جدًّا على استخدام هذه التقنية وعلى المعالج أن يعمل بشكل أكبر على تعزيز علاقة الثقة. إذا توقف المريض عن التخيل، فعلى المعالج إيقاف التمرين وإخراج المريض من هذه الحالة. يجب تعزيز الأمان في العلاقة العلاجية قبل محاولة التخيل مرة أخرى. في كثير من الحالات، ستؤدي المحاولة المستمرة للتخيل إلى الوصول إلى ذكرى مرحلة الطفولة المطلوبة.

هناك خيار آخر هو أن يطلب من المريض إحضار صور من طفولته (وأسرته في مرحلة الطفولة) ومناقشتها مع المريض. يمكن للمريض أيضًا زيارة الحي والمنزل الذي عاش فيه وهو طفل.

ماذا لو لم (يرغب) المريض في إغماض عينيه؟

عندما لا يغلق المريض عينيه، يحسن بالمعالج أن يشرح للمريض أنه بإغلاقهما يمكنه التركيز على التمرين بشكل أفضل، ومع ذلك، يمكن تحقيق ذلك أيضًا بالتحديق إلى نقطة ثابتة أو نقطة ارتكاز في الغرفة. في بعض الأحيان لا يستطيع المريض أن يغلق عينيه أو لا يجرؤ على فعل ذلك بسبب الخوف من أن ينظر إليه المعالج أو يحكم عليه. قد يخشى أيضًا أن يفعل المعالج شيئًا غير متوقع. أولًا: على المعالج استكشاف أسباب خوفه من إغلاق عينيه. وهنا يمكن للمريض أن يقدم اقتراحات لما يمكن للمعالج فعله لمساعدته على الشعور بالأمان، مثل أن يغلق المعالج عينيه مثله أو يدير كرسيه أو يتحرك بعيدًا عن المريض. يحسن بالمعالج أيضًا أن يقترح أن يحاول المريض إغلاق عينيه لمدة دقيقة أو دقيقتين للحصول على فكرة عما سيشعر به، ثم يقترح زيادة تدريجية في طول المدة الزمنية التي يغلق فيها عينيه.

عندما يكون لدى المريض عدة ذكريات من الماضي في الفترة الزمنية نفسها، أيٌّ ذكرى يجب أن أختارها؟

قد يكون الأمر شديد الخطورة عندما تتكالب الذكريات على المريض وتتداخل معًا. أول شيء يحسن بالمعالج القيام به هو إخبار المريض بأنها ليست مشكلة كبيرة وأنه يمكنه اختيار إحدى الذكريات؛ لأن كل هذه المواقف يمكن أن تحتوي على معلومات قيمة. إذا بقي عاجزًا عن اختيار ذكرى واحدة، فقد تكون علامة على أن حياته لا تزال في فوضى شديدة، ويجب عليه العمل على تنظيمها أولًا قبل البدء في تمارين التخيل.

إذا كان المريض قادرًا على اختيار ذكرى من بين عدة ذكريات، حاول اختيار واحدة كان المريض خلالها صغيرًا. من الواضح أنه في السن الصغيرة لا يُتوقع من الطفل التصرف مثل الكبار أو تحمل مسئوليات الكبار مثل إدارة المنزل أو رعاية الطفل. علاوة على ذلك، في هذه السن المبكرة، يكون من الأسهل والأسرع توعية المريض بأن العقوبة المفرطة و/أو الاعتداء كان مسئولية الوالد وليس الطفل.

ماذا لو بقي المريض يتذكر دائمًا الذكرى نفسها؟

إذا كان المريض يستحضر الذكرى نفسها دائمًا، يمكن أن يقترح المعالج تحويل تمرين التخيل إلى موضوع آخر. خاصة حين يعلم المعالج تجارب مهمة من ماضيه لم يتم تناولها، وأنه ربما يتجنب الموضوعات المؤلمة. على المعالج اقتراح التعامل مع هذه الموضوعات عن طريق التخيل وشرح أهمية إعادة صياغة هذه الأحداث مع إعادة صياغة الذكرى أيضًا؛ لأنها كلها مؤثرات مهمة على مخططاته المختلة.

ماذا يمكن أن تفعل عندما يرفض المريض أو يعجز عن اتخاذ إجراء ضد الوالد المعاقب بدافع شعور بالولاء في غير محله؟

يمكن للمعالج أن يشرح أن الغرض ليس رفضًا للوالد بقدر ما هو معالجة للسلوكيات التي عبر عنها الوالد خلال مرحلة الطفولة، وكان لها أثر على بناء مخططاته المختلة. ليس من الضروري أن يرفض المريض كل شيء يتعلق بوالديه، ولكن يجب عليه الموازنة بين القيم والمعايير التي يرغب في الاحتفاظ بها من والديه والقيم والمعايير التي يرغب في رفضها.

ماذا لو لم يرغب المريض في السماح للمعالج بالتدخل في ذكرى الماضي؟

إذا كانت هذه هي الحال، فعادة يكون بسبب خوف المريض من ألا يستطيع المعالج التعامل مع الموقف. ربما يخشى أن يهاجم المعتدي المعالج. هنا على المعالج طمأنة المريض بأنه يستطيع التعامل مع الموقف عن طريق مضاعفة حجمه أو قوته أو الحصول على مساعدة إضافية (من الشرطة على سبيل المثال). على المعالج أن يفعل كل ما في وسعه لدخول الذكرى، وإحضار المريض إلى بر الأمان.

ماذا لو رأى المريض أن التدخل خطأ؟

بين الحين والآخر، بعد إعادة صياغة الذكرى، قد لا يكون المريض راضيًا عن تدخله أو تدخل المعالج. في هذه الحالة، يمكن إعادة المرحلة الثانية باستخدام تدخل مختلف. على سبيل المثال: إذا أرادت المريضة نورا أن تقوم نورا الكبيرة أو مساعدها بضرب والدها كشكل من أشكال الانتقام، ولكن بعد تفكير قررت أن حبسه في السجن فكرة أفضل، يمكن تغيير هذا في تمرين التخيل. ومع ذلك، مع كل إعادة بناء للذكرى، يبقى من الضروري حماية ومساعدة الطفلة الصغيرة. يؤدي تمرين التخيل الذي يسمح للوالد المسيء أو العنيف بمواصلة الإساءة إلى تكرار الصدمة. في حالة ظهور هذا الموقف، على المعالج التدخل فورًا وإيقاف الوالد المسيء.

ماذا لو وجد المريض التدخل غير واقعي؟

إن أبسط حل لهذه المشكلة هو التفكير في تدخل مختلف. ومع ذلك، في بعض الأحيان لا ينجح هذا وخوف المريض من أن يصبح عاطفيًّا بشكل مفرط يلعب دورًا كبيرًا هنا. يحاول الحامي الهروب بإعلان أن التدخل غير واقعي. إذا كانت هذه هي الحالة، على المعالج أن يدعم المريض قدر الإمكان كي يجرب. في حالات أخرى، يحسن بالمعالج أن يشرح أنه على الرغم من أن إعادة صياغة الذكرى تقنية تخيلية، فإنها مفيدة للغاية في معالجة ذكريات تجارب مرحلة الطفولة التي تكمن وراء مشكلاته الحالية. يحب بعض المرضى أن تمنحهم بعض التفسيرات حول مرونة الذاكرة، بينما يشعر الآخرون بالاطمئنان من خلال شرح الأدلة الملموسة على هذه التقنية.

ماذا لو حاول المريض تغيير الوالد إلى شخص ودود؟

عندما لا يكون الوالد عنيفًا أو مسيئًا بشدة، يرغب المريض في تغيير سلوك الوالد في الذكرى السيئة. يرغب في أن يصبح الوالد لطيفًا وودودًا. لا ينجح هذا في معظم الأوقات؛ لأن الوالد الحقيقي لم يتصرف بهذه الطريقة قط. ومع ذلك، فإننا نوصي بتلبية حاجة المريض ودعوة الوالد لتلبيتها. في معظم الأوقات، يكتشف المريض أن الوالد غير قادر أو راغب في القيام بذلك، أو أن هذا السلوك بعيد كل البعد عن المنطق لدرجة لا تجعل لهذه الصورة الجديدة التأثير المطلوب. أحيانًا يصبح هذا واضحًا في الجلسة بحيث يتمكن أشخاص آخرون (مثل المعالج) من تلبية حاجته. وأحيانًا يتضح هذا في الجلسة التالية. في هذه الحالة، تجب محاولة إعادة بناء الذكرى مرة أخرى بطريقة أفضل.

ماذا لو شعر المريض بالذنب؛ لأنه لم يفعل شيئًا لوقف الإساءة حين كان طفلًا؟

في مثل هذه الحالات، من المطمئن أن نشرح للمريض بالضبط ما يستطيع الأطفال في هذا العمر فعله. تذكر أن معرفته بالتطور الطبيعي للطفل غالبًا ما تكون محدودة للغاية. من خلال مراقبة الأطفال في بيئاتهم المباشرة، يمكن أن يعي المريض مدى صغر الطفل البالغ أربع سنوات، ومدى ضعف سيطرته على حياته ومحيطه. يحسن بالمعالج أيضًا أن يستخدم أمثلة من طفولته كنموذج على الطفولة «الطبيعية».

ماذا لو استخدم المريض ذكريات طفولته المتأخرة فقط؟

بعض المرضى يستخدمون ذكريات طفولتهم المتأخرة فقط، بعد 13 عامًا، لكن لا يمكنهم العثور على ذكريات سابقة. يحسن بالمعالج أن يطلب من المريض محاولة العثور على ذكريات مرحلة الطفولة المبكرة من خلال ذكرى المراهقة. إذا لم يساعد ذلك فيمكنه أن يطلب من المريض التركيز على الشعور السيئ في موقف المراهقة ثم إطلاق هذه الصورة والانتظار إلى أن تنبثق ذكرى أخرى من مرحلة الطفولة المبكرة. الاحتمال الآخر هو مطالبة المريض بتذكر ذكرى من الطفولة المبكرة معروفة من ملف المريض أو مصادر أخرى. ومع ذلك، غالبًا ما تسيطر صيغة معينة على هذا التمرين، مثل المنفصل الحامي (الذي يكبح المشاعر الحادة والشعور بالعجز) أو صيغة الوالد المعاقِب (الذي يسهل عليه إلقاء اللوم على المراهق المتمرد). في مثل هذه الحالات، يجب استخدام التقنيات الملائمة لهذه الصيغ أولًا (انظر الفصل 9).

ماذا لو كان المريض عاجزًا عن اتخاذ منظور الطفل؟

هذه مشكلة شائعة بين المرضى الذين أجبروا على أن يصبحوا شبه آباء وهم أطفال. بدافع الضرورة طُلب منهم أن يتصرفوا كبالغين في سن مبكرة، وبالتالي فكرتهم محدودة حول تجربة الطفل الطبيعية للعالم. على المعالج محاولة تولي مسئوليات الوالد من الطفل الصغير ونقلها إلى شخص آخر مسئول (مثل: خدمات رعاية الطفل، أو الاختصاصي الاجتماعي، أو معالج آخر). عندها فقط يمكن أن يشعر المريض بالحرية الكافية لفهم احتياجاته. هناك طريقة أخرى لمساعدة المريض على اتخاذ منظور الطفل وهو أن يتحدث المعالج معه أثناء التمرين بالطريقة التي يتحدث بها الشخص البالغ إلى طفل.

إذا لم تكن لدى المريض فكرة عن الاحتياجات الطبيعية للأطفال، يحسن بالمعالج أيضًا تزويده بالتثقيف النفسي. يمكنه تشجيعه على قراءة كتب الأطفال أو مشاهدة أفلام عن الأطفال الذين عاشوا طفولة طبيعية. يمكنه أيضًا التحدث عن طفولته أو كيف يعامل أطفاله.

هل يفهم المرضى الفرق بين الصورة المتخيلة والواقع، خاصة حين يكون هناك الكثير من الألفة بين المعالج والطفل المهجور؟

بناء على تجربتنا يفهم المريض دائمًا أن هناك فرقًا بين ما يفعله المعالج في الخيال وما يفعله في الواقع. إذا أحاط المعالج الطفل الصغير بذراعه أو ربت ظهره في الخيال، يجب ألا يتوقع المريض أن يقوم المعالج بذلك في الواقع أثناء الجلسة. يفتقد مرضى اضطراب الشخصية الحدية جزءًا كبيرًا من مشاعر الألفة وتلقي الحب والدفء. ولهذا تساعد تمارين التخيل على مداواة جروح الطفل المهجور والمساء معاملته.

إذا لم يكن المعالج قادرًا على منح المريض ما يحتاج إليه في الخيال، هل من المقبول تقييد إعادة التربية المحدودة للتسرية عنه؟

من الضروري تقديم الدعم والحماية الكافيين لصيغة الطفل المهجور والمساء معاملته، كما لو كان طفلك، لشفاء الطفل الحزين بداخله. هذا يشمل احتضان الطفل أو التربيت عليه عندما يكون منزعجًا. وعلى هذا، فإن احتياجات صيغة الطفل هي دليل تصرفات المعالج وليس تثبيطه العاطفي. إذا شعر المعالج بالانزعاج تجاه هذه الأنواع من التدخلات، فيمكنه مناقشة هذا مع معالجين آخرين لمعرفة ما يجعل هذا صعبًا عليه. من المألوف أن ما تعلمه المعالج سابقًا في العلاج النفسي، وينص على أن لمس المريض ممنوع، يعوق هذه التدخلات أحيانًا. على المعالج أن يدرك حقيقة أنه يلمس الطفل الصغير في الخيال فقط وليس في الواقع.

هل التصرفات العدوانية التخيلية خطيرة أثناء إعادة صياغة الذكرى؟

غالبًا ما يخشى المعالجون تشجيع تصرفات المريض العدوانية ضد المعتدين. ومع ذلك، عندما يتعرض الطفل لسوء المعاملة ويخاف بشدة من المعتدي، فإن مجرد إخبار المعتدي بأن يبتعد عنه لا يكفي؛ لذلك إذا اقترح المريض إجراءات أقوى، تصل إلى قتل المعتدي، فلا ينبغي للمعالج أن يتردد في القيام بذلك. وجد أرنتز وتيسيما وكندت (2007) أن استخدام التصرفات العدوانية التخيلية في إعادة صياغة الذكرى يقلل من الغضب ويعزز ضبط النفس أكثر من العلاج بالتعرض التخيلي. لم تكشف دراسة معملية عن أية مخاطر، ولكن أجريت هذه الدراسة بين الطلاب (Seebauer, Froß، Dubaschny, Schönberger, & Jacob, 2014). حتى الآن لا نعرف أية حالة أدى فيها استخدام التصرفات العدوانية التخيلية في إعادة

صياغة الذكرى إلى أعمال عدوانية على أرض الواقع. لا يزال هناك نقاش كبير حول ما إذا كان من الآمن السماح بالانتقام في تمرين التخيل عند تطبيقه على المرضى في مجال الطب النفسي الجنائي. الأبحاث العلمية حول هذه المسألة ضرورية.

هل هناك خطر من أن يصاب المريض بانهيار المعاوضة؟

إعادة صياغة الذكرى تقنية منظمة تمامًا، حيث يبقى فيها المعالج على اتصال دائم مع المريض من خلال السؤال عن مكان وجوده وعما يحدث؛ لذلك إذا بدا أن المشاعر تستنزف المريض أو حدثت اختلالات انشقاقية، فيمكنه إيقاف التخيل للحظة ومناقشة ما يحدث. الحل الآخر هو البدء في مقاومة الوالد المعاقِب في الوقت المناسب قبل أن يصبح شديد التهديد. في حالات أخرى، يمكن إجراء التخيل في خطوات صغيرة ويمكن أن يسمح المعالج للمريض بمزيد من السيطرة على التمرين. يتم الآن استخدام إعادة صياغة الذكرى بانتظام كعلاج آمن للمرضى الذين كان يُظن قبل 20 عامًا أنهم لا يعوضون عن أي نوع من أعمال الصدمات.

هل الدواء يؤثر على إعادة صياغة الذكرى؟

الأدوية المهدئة تكبح المشاعر القوية. ما قد يجعل لإعادة صياغة الذكرى تأثير أقل. ثم وجد جيسين بلوو وآخرون (2006) أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية يحققون عوائد أقل من العلاج التخطيطي عند استخدام هذا النوع من الأدوية. لم يتم التحقق من هذا بعد دراسة منضبطة.

إعادة صياغة الذكرى أداة قوية لاستحضار التغييرات في مخططات المريض، كما ذكرنا سابقًا، لا يتم استخدام هذه التقنية بشكل مستمر أو في العديد من الجلسات المتتالية مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، قد يتجنب كل من المعالج والمريض إعادة صياغة الذكرى، وبالتالي فمن الحكمة التخطيط لاستخدام هذه التقنية مرة كل جلستين. يوصى بتغيير إعادة صياغة الذكرى بالأساليب التجريبية والمعرفية والسلوكية الأخرى.

لعب الأدوار

يمكن أن يكون لعب الأدوار الذي يستهدف تغيير المخططات مفيدًا في التعامل مع مواقف من ماضي المريض وكذلك من *حاضره*. لعب الأدوار الذي يركز على طفولة المريض، والذي يشار إليه أيضًا باسم «لعب الأدوار من سيرة المريض»، يمكن أن يؤدي

إلى نتائج قوية ومماثلة لنتائج إعادة صياغة الذكرى. الطريقة الأكثر استخدامًا تعتمد على تفضيلات المعالج والمريض.

تتشابه مجالات التطبيق لاستخدام لعب الأدوار من سيرة المريض مع مجالات إعادة صياغة الذكرى (انظر بداية الفصل)، لأسباب واضحة، لا يحسن بالمعالج لعب دور الوالد المسيء؛ لذلك غالبًا ما يتم التعامل مع إساءة المعاملة عن طريق إعادة صياغة الذكرى.

هناك اختلاف آخر بين إعادة صياغة الذكرى ولعب الأدوار وهو أنه يمكن استخدام لعب الأدوار لمنح المريض مزيدًا من الأفكار حول دوره في التفاعلات مع والديه، بالإضافة إلى الدافع الذي كان من الممكن أن يكون لدى والديه، والتي لم يختبرها المريض عندما كان طفلًا (انظر «المرحلة الثانية: تبديل الأدوار بين المعالج والمريض»).

قد يشعر المريض بغياب الأب أثناء مرحلة الطفولة باعتباره رفضًا وانعدامًا للحب. يسهم هذا في شعوره بالنقص. عند لعب الأدوار، قد يتضح أن الأب كان يحب ابنه في الواقع، لكنه ظل بعيدًا لتجنب الجدال مع الأم. إذن التفسير الصحيح هو غياب الاهتمام. ومع ذلك، فإن استنتاج المريض بأن والده فعل هذا؛ لأنه رآه لا يستحق المحبة كان خطأ.

يستهدف هذا الشكل من لعب الأدوار توضيح المواقف الغامضة؛ أي مواقف كان فيها سلوك الوالد مختلًا بالفعل، وأيها لم يكن الدافع وراءه نبذ المريض وهو صغير.

لعب الأدوار من خلال سيرة المريض

عند التحضير للعب الأدوار، يبحث كل من المريض والمعالج عن الخبرات ذات الصلة من ماضي المريض. غالبًا ما يكون هناك عدد من المواقف الحالية التي يكون فيها المريض عالقًا فيها بشكل منتظم. عادة ما تكون مرتبطة بأحداث من ماضيه، تشبه المواقف الحالية. في حالة نورا، ظلت عالقة باستمرار في مواقف في العمل شعرت فيها بأن الآخرين يتجاهلون مشاعرها. جعلها هذا تشعر بالخوف والعزلة. ظنت أن رؤساءها لم يروا أن الآخرين يتجاهلونها وشعروا بأنهم سيصنفونها بأنها كثيرة الشكوى إذا لفتت انتباههم إلى ذلك. يحاول المعالج والمريض ربط هذه الصيغة في الوقت الحاضر بحالة مماثلة في الماضي. عندما تعثر على موقف ذي صلة في ماضيها، يستكشف المعالج والمريضة المخططات أو الصيغ التي شكلها هذا الموقف أو عززها.

ويتبع ذلك لعب الأدوار ثلاثي المراحل (انظر الجدول 5 .4).

أثناء لعب الأدوار، من المهم استخدام كراسي مختلفة عن الكراسي العادية أو التي يستخدمها المريض والمعالج أثناء الجلسات «التقليدية». هذا يساعد على تجنب الارتباك أثناء التمثيل. وكما هي الحال مع أشكال لعب الأدوار الأخرى، يمكن رفع مستوى اللعبة من خلال إضافة أثاث وأشياء أخرى في مكتب المعالج. يجب أن ينغمس المريض في الذكرى قدر الإمكان. على نورا مثلًا أن تحاول أن تصبح نورا الصغيرة التي تبلغ ثماني سنوات لاستعادة المشاعر واستخلاص الاستنتاجات نفسها. للمساعدة في هذه العملية، على المريض والمعالج استخدام الفعل المضارع عند التحدث. يبذل المعالج قصارى جهده لتقليد الوالد أو الشخص المعني بدقة.

الجدول (5 .4) المراحل الثلاث للعب الأدوار من خلال سيرة المريض

	تقسيم الأدوار	*لعب الأدوار*
المرحلة الأولى	المريض = طفل المعالج = الشخص الآخر	الموقف الأصلي.
المرحلة الثانية	المريض = الشخص الآخر المعالج = الطفل	الموقف الأصلي، تبديل الأدوار بين المعالج والمريض. المريض يختبر منظور الشخص الآخر في الموقف.
المرحلة الثالثة (أ)	المريض = طفل المعالج = الشخص الآخر	المريض يجرب سلوكًا جديدًا الآن، وفقًا لرؤيته الجديدة لأهداف الشخص الآخر.
المرحلة الثالثة (ب)	المريض = طفل المعالج = الراشد السليم	إذا كان منظور الشخص الآخر لا يغير المخططات، فإنه يحسن بالمعالج إعادة صياغة نهاية التمثيلية بتأدية دور الوالد الصالح.

إذا كانت هناك حاجة لمزيد من الأفراد بخلاف المعالج والمريض لجعل التمثيلية أكثر دقة (بسبب الاختلافات بين الجنسين مثلًا)، يمكن للمعالج أن يطلب من أشخاص آخرين المشاركة في لعب الأدوار (مثل: أصدقاء المريض أو زملاء المعالج).

المرحلة الأولى: الموقف الأصلي

يتم تمثيل الموقف الأصلي حيث يلعب المريض دور نفسه وهو طفل بينما يلعب المعالج دور الشخص الآخر (الوالد عادة) حسب توجيهات المريض. يجب أن تنطوي المرحلة الأولى على اللحظة الملموسة التي كوَّن فيها المريض أفكارًا مختلة في ماضيه. يجب ألا يستغرق لعب الأدوار وقتًا طويلًا (5 دقائق أو حتى أقل). على المريض أن يصف الموقف

بأكبر قدر ممكن من الدقة، بالإضافة إلى تقديم معلومات عن سلوك الشخص الذي يلعبه المعالج. يجب أن يسأل المعالج بقدر ما هو ضروري عن الشخص الذي يلعب دوره لكي «يصبح» هذا الشخص. يجب ألا يستغرق هذا التحضير نصف الجلسة، ولكن يجب أن يكون موجزًا. إذا لم يكن كذلك، فهناك فرصة قوية ألا تكتمل جميع المراحل الثلاث للعب الأدوار خلال جلسة واحدة. سواء كانت التمثيلية دقيقة أم لا، سيتضح هذا أثناء لعب الدور نفسه.

نموذج للمرحلة الأولى من لعب الأدوار من سيرة المريض: تمثيل الموقف

الموقف: نورا تعيسة؛ لأن زملاءها لم يشركوها في نزهة الموظفين السنوية. هذا يذكرها بالماضي حيث تعرضت للتنمر في المدرسة دون أن يساعدها أحد. الموقف الملموس هو أنها عادت إلى المنزل من المدرسة وأخبرت والدتها بأنها تتعرض للتنمر في المدرسة. لا تبدي والدتها أي رد فعل.

المرحلة الأولى: تمثيل الموقف الأصلي

يلعب المعالج دور الأم. يقف بجانب الطاولة منشغلًا بالتنظيف. المريضة هي نورا، في الثامنة من عمرها، وقد عادت لتوها من المدرسة.

المريضة: إنهم يتنمرون عليَّ في المدرسة مرة أخرى يا ماما. أخذوا قلمي الجديد وكسروه.

المعالج=الأم: (بانزعاج) أنا مشغولة، ليس لديَّ وقت لهذا الآن. المريضة: لكن القلم مكسور ولا...

المعالج=الأم: ليس الآن! لقد أخبرتكِ بالفعل!

(تبتعد المريضة متنهدة بحسرة).



بعد المرحلة الأولى من لعب الأدوار، على المعالج أن يخرج من دوره ويدعو المريض للجلوس على كرسيه الأصلي. ثم يناقشا معًا ما إذا كان التمثيل دقيقًا أم لا مقارنة بالموقف الحقيقي في الماضي وما إذا كانت المشاعر نفسها تم استحضارها أم لا. إذا

لم يكن التمثيل دقيقًا، فعلى المريض تقديم معلومات إضافية إلى أن يصبح لعب الأدوار أكثر واقعية. وهنا يتم تكرار الموقف التمثيلي. يتبع ذلك تدوين كيفية نشوء التفسير المختل، واستفحاله، بما في ذلك المشاعر المصاحبة له. بعدها على المعالج والمريض أن يحاولا إقامة روابط بين هذه التفسيرات والمشاعر والصيغ المصاحبة. على المعالج أن يتأكد من معالجة التفسيرات المتعلقة بشخص المريض وبالأشخاص الآخرين، فضلًا عن وجهة النظر المفترضة لدى الشخص الآخر عن الطفل. في حالة نورا، تشعر المريضة بالحزن والعجز تمامًا كما حدث في الماضي. تقول عن هذا: «لم تطل أمي الحديث، لذا أظن أنها رأتني طفلة مزعجة». أسهم هذا الاستنتاج في نشوء نمط الطفل المهجور: «لا أحد يحبني»، «أنا بلا قيمة». على المعالج أن يكتب كل هذا على سبورة أو ورقة خاصة بلعب الأدوار من سيرة المريض (انظر الملحق ز « نموذج لعب الأدوار من سيرة المريض» و «مثال للعب الأدوار من سيرة المريض») باستخدام الكلمات الفعلية للمريض. قد يطلب المعالج من المريض تقييم مصداقية هذه الاستنتاجات (من صفر إلى 100) وكتابتها بجانب كل استنتاج على السبورة أو الورقة. لقد أسهم هذا التفسير في مخطط الخزي/النقص وصيغة الطفل المهجور/المساء معاملته.

المرحلة الثانية: تبديل الأدوار بين المعالج والمريض

في المرحلة الثانية، يقترح المعالج تبديل الأدوار بينه وبين المريض، حيث يلعب المريض دور الشخص الآخر، بينما يلعب المعالج دور الطفل. وكنوع من الاستعداد، يؤكد المعالج أن المريض يجب أن يحاول قدر الإمكان «أن يصبح» مثل الشخص الآخر (الوالد عادة). بوسع الاثنين مناقشة بعض السمات التقليدية التي يمتلكها الوالد (أو أي شخص آخر)، بالإضافة إلى الوضع الذي كان فيه الوالد خلال هذه الفترة من حياته (مثال من حالة نورا: كان لدى الأم أربعة أطفال صغار ولا يمكنها رعاية الأسرة وحدها، حيث كان الأب يترك المنزل لأيام).

نموذج للمرحلة الثانية من لعب الأدوار من سيرة المريض: تبديل الأدوار

تلعب نورا دور الأم وتقف بجانب الطاولة، مشغولة بالتنظيف. المعالجة هي نورا، في الثامنة من عمرها، وقد عادت لتوها من المدرسة.

المعالج = نورا:	إنهم يتنمرون عليَّ في المدرسة مرة أخرى يا أمي. اختطفوا قلمي الجديد وكسروه.
المريضة = الأم:	(بانزعاج) أنا مشغولة، ليس لديَّ وقت لهذا الآن.
المعالج = نورا:	لكن القلم مكسور ولا ...
المريضة = الأم:	ليس الآن! لقد أخبرتكِ بالفعل!

(المعالج/نورا تبتعد متنهدة بحسرة. المريضة/الأم تتنهد).

بعد الانتهاء من المرحلة الثانية، على المريض والمعالج أن يعودا إلى كرسيهما مرة أخرى ويناقشا الأفكار والمشاعر التي مر بها المريض. خلال هذه المناقشة، على المعالج أن يولي أولًا اهتمامًا خاصًّا للعلامات التي تشير إلى أن المريض غيَّر فكرته حول أسباب سلوك الشخص الآخر (الأم في المثال السابق). وهو يقوم بذلك من خلال مطالبة المريض بالالتزام بدور ذلك الشخص للحظة و «إجراء مقابلة معه» كما لو كان هو ذلك الشخص. على المعالج أن يسأل عما إذا كانت أفكار ذلك الشخص توافق استنتاجات المريض (وهو طفل) بعد المرحلة الأولى. وبعدها، على المعالج أن يطلب من المريض وصف أفكاره ومشاعره حول هذا الموقف من ذلك المنظور الجديد، إذا كان ذلك مناسبًا.

نموذج لمناقشة المرحلة الثانية

المعالج: لنلق نظرة على هذا الدور من منظور والدتك أولًا؛ لذا التزمي بدور والدتك كما لعبته قبل دقيقة. ماذا حدث؟

المريضة: أثناء لعب دور أمي، أدركت أنني كنت مرهقة ولا أستطيع الاستماع إلى ابنتي ولهذا اختصرت الحديث معها.

المعالج: ولكن ما رأيك في نورا؟ هل كانت مزعجة؟

المريضة: لا، لم أظن أنها كانت مزعجة. لم أسمع ما تقوله جيدًا؛ لأن رأسي كان مليئًا بالمخاوف.

المعالج: إذا كنتِ لا تظنين أن نورا الصغيرة مزعجة، فلماذا تنهدتِ؟

المريضة: لأنني كنت متعبة جدًا. من المرهق رعاية أربعة أطفال صغار.

المعالج: حسنًا، الآن نحن نعرف ما كانت تظنه الأم حقًا. لنعد إليكِ وإلى افتراضاتكِ بعد المرحلة الأولى. (يشير المعالج إلى السبورة أو الورقة)، ما الذي تريدين تغييره؟

المريضة: حقيقة أن أمي كانت متعبة لاضطرارها إلى رعاية أربعة أطفال صغار ما كان يفوق طاقتها؛ لهذا السبب لم تبد اهتمامًا بي.

هذه المعلومة الجديدة قادرة على أن تقود المريض إلى إعادة صياغة افتراضاته الأصلية: «اختصرت أمي الحديث معي ولم يكن لديها وقت من أجلي. لكن هذا لم تكن له علاقة بي، بل كان بسبب إرهاقها المفرط». على المعالج أن يكتب هذا النص الجديد في ظل الافتراض الأصلي. كما عليه أن يحقق في إمكانية تعديل المريض أفكاره عن نفسه.

كما يجب تشجيع المريض على النظر إلى دوره في الموقف من منظور الوالد الذي ينظر إلى الطفل، والتعليق على ما تلاحظه. ربما انسحب الطفل مبكرًا جدًا حتى لا يواجه سلوك الوالد المختل.

على المعالج أن يوضح أن الطفل لا تكون لديه خيارات أخرى؛ لأنه يعتمد كليًا على والديه، ونادرًا ما يرى كيف يتفاعل الوالدان «الطبيعيان». عادة ما تكون هناك أمثلة أخرى من ماضي المريض تم وصفه فيها بشكل مباشر بأنه صعب المراس و/أو مزعج، التي عززت الاعتقاد بأنه طفل سيئ أو مشاغب. ليس الغرض من هذا التمرين إشعار

المريض بالذنب تجاه سلوكه (انظر «الأسئلة المتداولة حول لعب الأدوار من سيرة المريض»).

المرحلة الثالثة (أ): إعادة بناء الموقف بعد تغير تفسير المريض لسلوك الشخص الآخر

خلال المرحلة الثالثة، يطلب المعالج من المريض أن يلعب دور الطفل، ولكن مع استخدام المعلومات الجديدة التي تعلمها من مرحلتي لعب الأدوار السابقتين والنقاشات اللاحقة. على سبيل المثال: يمكن للمريض أن يكون أكثر حزمًا ويتحدث بصوت أعلى. وعلى المعالج أن يبني السلوك الجديد بعناية. عليه أن يدرك أن المريض يجد صعوبة في التصرف بشكل مختلف عما اعتاده؛ لذلك، يحسن بالمعالج أن يقترح رد فعل جديدًا أو يمكنه حتى أن يضع نموذجًا له ويطلب من المريض تقليده خلال إعادة تمثيل الموقف. إذا جرب المريض رد الفعل الجديد، يجب ألا ينسى المعالج مكافأة المريض بعدها، حتى عندما لا يكون رد فعله الحازم مثاليًّا. يجب تقدير أي جهد للقيام بشيء جديد، لأنها الخطوة الأولى في بناء الراشد السليم داخل المريض.

نظرًا لأنه أصبح موقفًا جديدًا الآن، يتعين على المعالج الارتجال في دوره للشخص الآخر مستوعبًا في ذلك السلوك الجديد للطفل. وبمجرد أن يصبح هذا الارتجال قابلًا للتصديق بالنسبة للمريض، فعلى المعالج التفكير في العملية برمتها وإعادة تقييم الافتراضات الأصلية.

نموذج للعب الأدوار من سيرة المريض المرحلة الثالثة (أ): تجربة سلوكيات جديدة

استعدادًا للعب هذا الدور، يؤكد المعالج أن الوقت قد حان للمريضة نورا لتجربة طرق جديدة لجذب انتباه والدتها. يلعب المعالج دور الأم، ويقف بجانب الطاولة ويمثل أنه منشغل بتنظيف المنزل. تلعب المريضة دور نورا الصغيرة البالغة ثماني سنوات، والتي عادت لتوها من المدرسة.

المريضة: إنهم يتنمرون عليَّ في المدرسة مرة أخرى يا أمي، لقد اختطفوا قلمي الجديد وكسروه.

المعالج = الأم:	(بانزعاج) أنا مشغولة، ليس لديَّ وقت لهذا الآن.
المريضة:	لكن القلم مكسور ولا ... لقد شتموني وضربوني أيضًا!
المعالج = الأم:	ليس الآن! لقد أخبرتكِ بأنني مشغولة!
المريضة:	ألم تسمعيني يا أمي؟! ضربوني! لدي كدمة فوق ذراعي.
المعالج = الأم:	(تبدو متعبة وتقول مصدومة) هل قلتِ كدمة؟ ماذا قالت المعلمة؟
المريضة:	لم تقل شيئًا، لم ترها.
المعالج = الأم:	يجب أن يتوقف هذا. لا يمكنني ترك المنزل، لكني سأطلب من عمتكِ روز أن تذهب معكِ إلى المدرسة غدًا ويمكن لكليكما التحدث إلى معلمتكِ حول هذا الموضوع.

في المثال السابق، استخدم المعالج معرفته بسيرة المريضة لارتجال الجزء المتعلق بمساعدة العمة روز. عاشت العمة روز بالقرب من نورا وأسرتها وغالبًا ما كانت تساعدها عندما تحتاج والدة نورا إلى مساعدة إضافية. إذا وجدت المريضة هذا الارتجال غير واقعي، فعلى المعالج أن يجرب شيئًا مختلفًا. في النهاية، توصل المعالج والمريضة إلى الاستنتاج التالي:

إذا تحدثت بالوضوح والقوة نفسيهما اللذين تحدثت بهما الآن كراشدة، وأخبرت أمي بأنني أتعرض للتنمر يوميًّا وأن معلمتي لم تفعل شيئًا حيال الوضع برمته، كانت أمي ستساعدني بنفسها أو تطلب من عمتي مساعدتي. رغم أن أمي كانت متعبة جدًّا، فإنها كانت ستفعل شيئًا. أنا أستحق أن أكون محبوبة. أنا لست بلا قيمة.

الهدف من المرحلة الثالثة ليس إعطاء المريض فكرة عما إذا كان عليه التصرف بشكل مختلف في الماضي، بل تجربة حقيقة أن هناك تفسيرات مختلفة وطرقًا متعددة للتعامل مع مثل هذه المواقف. ومن هنا يمكن تطبيق لعب الأدوار على مواقف مختلفة وحديثة في حياتها. يمكن أن يتمثل أثر هذا مستقبلًا في محاولة نورا أن تكون أكثر حزمًا. سيساعد هذا على تحسين فهم نورا لسبب كرهها الشعور بإهمال زملائها في العمل على سبيل المثال. سيتضح لها أيضًا أنها يجب أن تناقش هذا الموضوع مع الإدارة في العمل؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 2 , 06 Historical role play)

مثال للعب الأدوار من سيرة المريض

المرحلة الأولى (الموقف الأصلي)

يلعب المريض دوره وهو طفل. يلعب المعالج دور الشخص الآخر.

استنتاجي عن نفسي:

لا أحد يحبني. أنا بلا قيمة.

100 -----x-------------------------------------- *0*

منظور الشخص الآخر المفترض:

اختصرت أمي الحديث معي، ما يعني أنها كانت تراني طفلة مزعجة.

100 ---x-- *0*

المرحلة الثانية: الموقف الأصلي: عكس الدورين

يلعب المريض دور الشخص الآخر. يلعب المعالج دور المريض وهو طفل.

منظور الشخص الآخر المفترض البديل:

اختصرت أمي الحديث معي ولم يكن لديها وقت من أجلي. لكن هذا لم تكن له علاقة بي، بل كان بسبب إرهاقها المفرط

100 -----------x-------------------------------- *0*

استنتاج بديل عن نفسي:

أنا ذات قيمة.

100 ---------------x---------------------------- *0*

المرحلة الثالثة:

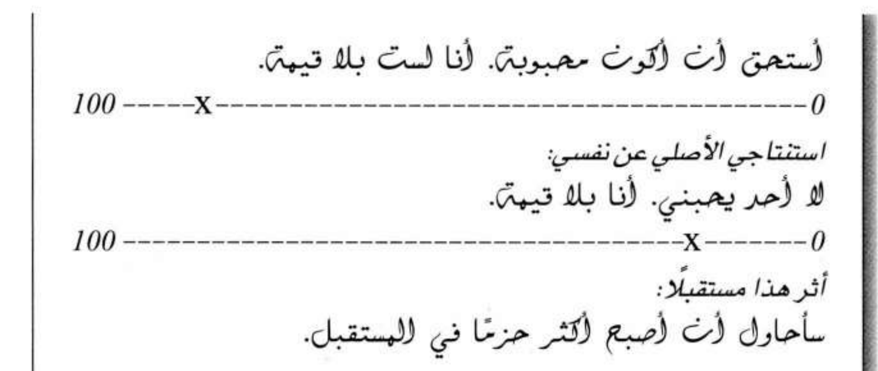
يلعب المريض دوره وهو طفل، لكنه يجرب سلوكًا جديدًا. يلعب المعالج دور الشخص الآخر.

منظور الشخص الآخر المفترض البديل:

إذا كانت أمي قد عرفت أنني أتعرض للتنمر يوميًا كانت ستساعدني بنفسها أو تطلب من عمتي مساعدتي.

100 ----x--------------------------------------- *0*

استنتاج بديل عن نفسي:



أستحق أن أكون محبوبة. أنا لست بلا قيمة.

100 ----X-------------------------------------- 0

استنتاجي الأصلي عن نفسي:

لا أحد يحبني. أنا بلا قيمة.

100 ------------------------------------X------ 0

أثر هذا مستقبلًا:

سأحاول أن أصبح أكثر حزمًا في المستقبل.

المرحلة الثالثة (ب): إعادة بناء الموقف عندما لا يتغير تفسير المريض لسلوك الشخص الآخر

إذا ظل سلوك الوالد كما هو ونبذ الطفل أو جرحه، فعلى المعالج ألا يحاول «إقناع» المريض بأن الوالد كانت لديه نيات حسنة في الحقيقة. الهدف من لعب الأدوار هو تغيير مخططات المريض وليس تغيير ماضيه. هناك عدة طرق لتغيير المخططات بطريقة أخرى بمساعدة لعب الأدوار. على المعالج أن يوضح أن حقيقة عجز الوالد عن حب طفله لا تعني أن الطفل سيئ، بل إن الوالد عاجز عن حب طفله. إذن المشكلة تكمن في الوالد ويجب حماية المريض منه وذلك بإحدى طريقتين:

الطريقة الأولى هي اختراع سلوكيات جديدة تجعل المريض يوضح أنه لا يقبل السلوك الخطأ للوالد؛ لذا قد تتمثل إعادة بناء الموقف في ابتعاد الطفل غاضبًا.

الطريقة الثانية هي أن يلعب المعالج دور والد صالح ويخبر الوالد الحقيقي برأيه في هذا الموقف وما ارتكبه من خطأ في معاملة الطفل بهذه الطريقة. هذا له نفس تأثير اتخاذ دور الراشد السليم في تمرين التخيل. بعد ذلك يعتني المعالج/الوالد الصالح بالطفل ويلبي احتياجاته بطريقة ملائمة. الاختلاف الوحيد هنا هو أن المعالج لا يستطيع أن يلمس الطفل ويخفف عنه بالتربيت عليه مثلًا، ولكن يمكنه فعل الكثير باستخدام الكلمات الصحيحة وتبني توجه ودود.

إذا أصبح الوالد عنيفًا بشدة عندما يغضب الطفل أو إذا اختلف المعالج معه، يجب تبديل الأدوار: يتخذ المريض دور الطفل مرة أخرى، والوالد المسيء يجلس بشكل

رمزي على كرسي فارغ، ثم يقوم المعالج بإرسال الوالد بعيدًا (بوضع الكرسي الفارغ خارج الغرفة على سبيل المثال). وبعدها يحين وقت عناية المعالج بالطفل.

في المراحل اللاحقة من العلاج، يمكن أيضًا إجراء «إعادة صياغة القصة» بجعل المريض يتخذ دور الراشد السليم، ويواجه الوالد ثم يرعى الطفل.

الأسئلة المتداولة حول لعب الأدوار من خلال سيرة المريض

إن المشكلات التي نواجهها خلال ممارسة لعب الأدوار من خلال سيرة المريض تتشابه مع مشكلات التخيل. ومن أهم هذه المشكلات ما يلي:

كيف يمكنني تبسيط عملية لعب الأدوار عندما يصبح الوضع شديد التعقيد؟

أثناء مناقشة سيناريو لعب الأدوار إذا وجد المعالج أنه يتضمن العديد من المشاهد المختلفة، فعليه مساعدة المريض على تقصير مدة التمرين. عليه أن يعمل إلى جانب المريض على اختيار الموقف الذي كان له أكبر تأثير على نشوء المخطط أو الصيغة. ما حدث بالضبط قبل أو بعد تلك اللحظة ليس بهذه الأهمية. يمكن للمريض أن يشرح ما حدث مفسرًا لماذا أصبح هذا الموقف بهذه الفظاعة، لكن يجب أن تتعلق التمثيلية بتلك اللحظة المحددة فقط. يمكن للمريض أن يخبر المعالج بما حدث بعد ذلك، ولكن هذا أقل أهمية كذلك؛ لأن الهدف ليس تغيير الماضي، بل تغيير المخططات والصيغ.

عجز المريض عن لعب دور الشخص الآخر.

يجب النظر في أسباب عجز المريض عن لعب دور الشخص الآخر. إذا لم يتم العثور على سبب واضح، فمن المفيد إعادة شرح الأساس المنطقي وراء تمرين لعب الأدوار. اطلب من المريض القيام بمحاولة أخرى قبل أن يتخذ قراره بأنه لا يستطيع القيام بذلك. التفسير المحتمل هو أنه مطلوب منه أن يلعب دور شخص عدواني. هنا يحسن بالمعالج أن يتخطى المرحلة الثانية ويطلب من المريض تجربة سلوك مختلف في المرحلة الثالثة بدلًا من ذلك. هناك احتمال آخر وهو التحول إلى إعادة صياغة الذكرى.

كيف يمكن للمريض الاستعداد لانتهاج السلوك الجديد؟

ليس من السهل على المريض التفكير في رد فعل جديد في الموقف السابق؛ لذلك على المعالج مساعدته في العثور على رد فعل معتدل الصعوبة. عادةً ما يتألف رد الفعل الجديد من عبارات قصيرة مثل «أريدك أن تستمع إليَّ» أو «لا أريد أن أفعل هذا أو ذاك». يحسن بالمعالج أن يمثل كلمات الطفل وتَوجُّهَه لتسهيل لعب هذا الدور الجديد.

شعور المريض بالذنب بعد المرحلة الثالثة لأنه لم يبدِ نفس رد الفعل الحازم في الموقف الفعلي.

على المعالج أن يوضح أنه عندما كان طفلًا كان من المستحيل أن يخرج منه رد فعل كهذا بسبب ظروفه وكذلك غياب الأمثلة على الاحتمالات الأخرى في حياته. لقد استطاع التفكير في ردود فعل بديلة وتجربتها حين أصبح بالغًا، وبمساعدة المعالج النفسي.

قلق المعالج من إشعار الطفل بالذنب تجاه سلوكه السابق.

هذا التسلسل في الأفكار خطأ من جانب المعالج. لا يمكن للمريض أن يشعر بالذنب تجاه هذه الفترة من حياته؛ لأنه كان طفلًا وعاجزًا عن معرفة ما يجب القيام به في هذه الحالة. في لعب الأدوار يمكن وضع دور المريض ودور الوالد في نصابه الصحيح. في الواقع يمكن أن يكون لهذا تأثير يهدئ شعوره بالذنب وطبيعة مشاعره تجاه الوالد. يمكن للمريضة نورا أن تصل إلى الاستنتاج التالي: «عندما كنت طفلة كنت أشعر بالخوف بسهولة، لكن هذا لم يعد ضروريًّا الآن. كان رد فعل أمي على خوفي غير مناسب؛ لأنها كانت مرهقة بسبب رعاية احتياجات الأسرة، بينما كان والدي يغيب بعيدًا عن المنزل لعدة أيام». سينتج عن هذا مشاعر مختلفة تمامًا عن الفكرة التي تقول: «أمي لم تحبني».

تمثيل موقف من حاضر المريض

تمامًا كما هي الحال مع لعب الأدوار من سيرة المريض، يمكن التصرف في المواقف من حاضر المريض على ثلاث مراحل.

عند تمثيل موقف من حاضر المريض، لا ينصب التركيز على نشوء مخططات المريض، بل على الطريقة التي استمرت بها هذه المخططات من خلال تفسيراته الخاطئة لسلوك الآخرين. على وجه الخصوص، تتضمن المرحلة الثانية تبديل الأدوار

وتوفر للمريض الفرصة لإعادة تفسير سلوك الآخرين بالإضافة إلى تأثيرات سلوك الفرد على سلوك الآخرين.

نموذج للعب الأدوار من حاضر المريض

لم يتضح لنورا سبب خوضها جدالًا مع زوجها عندما كانت تعايش صيغة الوالد المعاقِب. أثناء معايشة هذه الصيغة، كانت تنتقده بشدة وتراه عاجزًا عن فعل أي شيء على النحو الصحيح. بعد المشاركة في عدد محدود من الأدوار التي لعبت فيها نورا دور زوجها، تحسَّن فهمها لتأثيرات سلوكياتها أثناء معايشة هذه الصيغة. كما بدأت في فهم أن رد فعله الغاضب يعزز الجانب المعاقِب من شخصيتها (حتى هو يقف ضدي!). أصبحت أكثر وعيًا بالدورة السلبية التي علقت فيها. ناقشت مع زوجها فكرة هدنة مدتها نصف ساعة إذا حدث هذا مرة أخرى حتى تتمكن من كبح جانبها المعاقِب.

كما ذكرنا سابقًا، يكون لعب الأدوار من خلال سيرة المريض مفيدًا في المواقف الغامضة التي يتم فيها تفسير سلوك شخص آخر (الوالد عمومًا) بطريقة متطرفة؛ إما طيبًا أو شريرًا. لعب الأدوار من خلال حاضر المريض يشبه لعب الأدوار من خلال ماضي المريض، باستثناء استخدام المريض مواقف يتعامل معها حاليًّا وليس من ماضيه. خلال كل مرحلة من مراحل لعب الأدوار، يحاول المعالج والمريض تدوين التفسيرات المختلة ووجهات النظر الجديدة بأكبر قدر ممكن من الوضوح.

العلاقة بين الأساليب المعرفية والسلوكية والتجريبية موجودة بشكل أوضح في تقنيات لعب الأدوار أكثر من إعادة صياغة الذكرى. تظل هذه العلاقة قوية في التقنية التالية التي تدعى كرسيين أو أكثر، وسيتم وصفها في القسم التالي.

تقنية كرسيين أو أكثر للوالد المعاقب

يلاقي معظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية صعوبة في إدراك أن لديهم جوانب أو صيغًا مختلفة. عندما يعايشون صيغة ما، لا يدركون حقيقة أنهم يتصرفون بطريقة مختلة. أفضل طريقة لتوضيح ذلك هي استخدام كراسي مختلفة للصيغ المختلفة. هذا بشكل خاص يفيد مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين يلاقون صعوبة في

التخلص من الصيغ المعاقِبة أو الحامية. كما أنها طريقة مفيدة في حالة وجود معركة بين المخططات أو الصيغ القديمة المختلة وصيغة الراشد السليم. يُشار إلى هذا أيضًا باسم «حوار المخطط».

ستتم مناقشة تقنية كرسيين أو أكثر أولًا، حيث يمكن استخدامها للوالد المعاقِب (أو المتطلب)، بجانب صيغ الحماية. بعد ذلك، ستتم مناقشة تقنية الكراسي المتعددة، التي تتضمن صيغًا متعددة.

تقنية كرسيين أو أكثر للوالد المعاقِب

في حالة ظهور المريض في صيغة المعاقِب أثناء الجلسة، على المعالج توضيح ذلك للمريض أولًا. عادة لا يكون المريض على علم بهذه الحقيقة. لهذا السبب، على المعالج أن يحدد الصيغة التي تعتلي الكرسي أثناء الجلسة بوضوح. ثم يقترح وضع هذه الصيغة على كرسي آخر (انظر الجدول 5 .5).

أمام المعالج خياران؛ إما أن يطلب من المريض الجلوس لمدة وجيزة على كرسي الوالد المعاقِب ليخبره برسالته، أو يترك كرسي الوالد المعاقِب فارغًا ويسأل المريض عما يقوله له.

الجدول (5،5) *تقنية كرسيين أو أكثر والكراسي المتعددة*

الصيغة	*موضع الصيغة*	*المعالج*	*المريض*
	تقنية كرسيين		
الوالد المعاقِب	الكرسي الفارغ	يوجه المريض كراشد سليم	الراشد السليم
الوالد المعاقِب	الكرسي الفارغ	الراشد السليم	الطفل المهجور
الوالد المعاقِب	الكرسي الفارغ	الراشد السليم	الوالد المعاقِب
الحامي	الكرسي الفارغ	يوجه المريض كراشد سليم	الراشد السليم
الحامي	الكرسي الفارغ	الراشد السليم	الطفل المهجور
الحامي	كرسي آخر	الراشد السليم	الحامي
الحامي	كرسي آخر	الطفل المهجور	في البداية الحامي، ثم الطفل المهجور
	تقنية الكراسي المتعددة		
الصيغة	*موضع الصيغة*	*المعالج*	*المريض*

التبديل بين الوالد المعاقِب والحامي	كرسيان فارغان	يوجه المريض كراشد سليم	الراشد السليم
التبديل بين الوالد المعاقِب والحامي	كرسيان فارغان	الراشد السليم	الطفل المهجور
التبديل بين الوالد المعاقِب والحامي	كرسيان آخران	الراشد السليم	الوالد المعاقِب أو الحامي
التبديل بين الوالد المعاقِب والحامي	ثلاثة كراسي أخرى	الراشد السليم أو الطفل المهجور	الوالد المعاقِب أو الحامي

تقنية كرسيين مع المخططات وإستراتيجيات المواجهة

الصيغة	*موضع الصيغة*	*المعالج*	*المريض*
المخطط	كرسي آخر	يوجه المريض كراشد سليم	الراشد السليم
إستراتيجية المواجهة	كرسي آخر	يوجه المريض كراشد سليم	الراشد السليم

في الحالة الأولى، يجب جعل المقعد الذي كانت المريضة جالسة فيه خاليًا من أجل الطفل المهجور والمساء معاملته (نورا الصغيرة). يجب أن يحرص المعالج على ألا يحصل الوالد المعاقِب على وقت طويل أو مساحة كبيرة؛ لأن هذا يجعل الصيغة أقوى ويعرِّض الطفلة الضعيفة للأذى؛ لذلك، بعد مدة قصيرة على المعالج أن يطلب من المريضة العودة إلى كرسيها الأصلي. يمكنه أيضًا أن يطلب منها تحريك كرسيها إلى جانبه قليلًا. فبهذه الطريقة يمكن أن يقاوما الوالد المعاقِب معًا.

إذا لم يطلب المعالج من المريضة الجلوس على كرسي الوالد المعاقِب، فبوسعه المتابعة على الفور. من المفيد كتابة رسائل المعاقِب على ورقة ووضعها على الكرسي الفارغ.

يجب أن يستمر المعالج في أن يوضح للوالد المعاقِب أن وجوده يؤذي نورا الصغيرة. عليه أن يتحدث إلى الكرسي الفارغ. لا يمكن للكرسي الفارغ أن يتكلم؛ لذا على المعالج أن يسأل المريضة عن ردة فعل الوالد المعاقِب. إذا أخبرته بأن الوالد المعاقِب يرفض المغادرة، فعلى المعالج أن يقاوم الوالد المعاقِب بمزيد من الجهد. إذا لزم الأمر، يجب أن يرفع صوته ليوضح للوالد المعاقِب أن عليه التوقف. في بعض الحالات، يستمر الوالد المعاقِب في الحديث، وهنا يمكن للمعالج استخدام عبارات مثل: «اصمت! اخرس! لا أريد الاستماع إليك!». حتى مع ذلك، يمكن للوالد المعاقِب أن يستمر في إرهابه للطفل،

ويتعين على المعالج أن يستمر في مقاومته حتى يتغلب عليه؛ لذلك يمكنه وضع الكرسي الفارغ بعيدًا أو حتى وضعه خارج الغرفة!

يجب أن يستمر المعالج في مقاومة الوالد المعاقِب حتى يصمت. يجب أن يفوز المعالج وإلا فسيشعر المريض بأن الوالد المعاقب فاز ويزداد خوفه.

عندما يصمت الوالد المعاقب، على المعالِج أن يلجأ إلى نورا الصغيرة ويسألها عما تشعر به وتفكر فيه. عليه أن يستخدم صوتًا ناعمًا وودودًا لتهدئة نورا الصغيرة والتخفيف عنها وإشعارها بالتحسن والأمان. عند التعامل مع صيغة المعاقب، وهي الصيغة السلبية كليًّا فيما يتعلق بالمريض، يجب أن يتصرف المعالج بطريقة واثقة، بل وغاضبة، لإجبار صيغة المعاقِب على الصمت؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 2 ,10 Punitive Parent — Chairwork.)

مثال لتقنية كرسيين أو أكثر مع الوالد المعاقِب

المريضة: لقد صحوت متأخرًا مرة أخرى بالأمس. لن أبقى في وظيفتي الجديدة بهذه الطريقة. أنا غبية جدًّا.

المعالج: ما أسمعه هو أنكِ تتحدثين بطريقة سلبية للغاية عن نفسك. أظن أن هذا رأي والدكِ المعاقِب. هل هذا صحيح؟

المريضة: من الغباء أن تتأخر عن يومك الثاني في العمل.

المعالج: لا أظن أنكِ غبية على الإطلاق وأقترح أن نضع الوالد المعاقِب على كرسي مختلف.

(يشير إلى كرسي فارغ).

المعالج: هل ترغبين في الجلوس هناك وإخباري بما يقوله والدك المعاقِب؟

المريضة: حسنًا.

(تنتقل إلى الكرسي الآخر).

حسنًا، سأكرر ما قلته: أظن أنه من الغباء النوم لوقت متأخر للمرة الثانية.

المعالج: حسنًا، لقد سمعت ما يكفي. رجاءً يا نورا انتقلي إلى الكرسي المجاور لي (يزيح الكرسي بالقرب منه قليلًا).

المعالج: (يتحدث إلى الكرسي الفارغ) لا أظن أن هذا تصرف غبي. أنت لا تساعد نورا الصغيرة مطلقًا بهذه الطريقة السلبية في المعاملة.

يلتفت نحو نورا ويسألها: «ماذا يقول الوالد المعاقِب الآن؟».

المريضة: إنها غبية ولن تتعلم أبدًا.

المعالج: (بصوت غاضب تجاه الكرسي الفارغ) توقف فورًا! أنت تستمر في التقليل من شأن نورا الصغيرة ولن أسمح لك بهذا! (بصوت خافت لنورا) ماذا يقول الآن؟

المريضة: لكنها غبية حقًّا، تسبب المشكلات دائمًا وتتصرف تصرفات غير مسئولة.

المعالج: (يبدأ الهجوم اللفظي على صيغة المعاقِب) توقف! اترك نورا وشأنها إلى أن تستطيع أن تصبح لطيفًا معها، أو يصبح لكلامك فائدة. ما دمت مصرًّا على هذا الهراء لا أريد أن أسمع كلمة منك مرة أخرى.

(تصمت المريضة).

المعالج: ماذا يقول الجانب المعاقِب الآن؟

المريضة: لا شيء.

المعالج: (بنبرة ودودة إلى نورا الجالسة بجانبه) أنا سعيد لأن الصوت السلبي صمت الآن. أنا متأكد من أن هناك أسبابًا تجعلكِ تتأخرين في النوم وأنا متأكد من أنك لم تفعلي ذلك عن قصد.

الآن أخبريني، لماذا تتأخرين في النوم؟

المريضة: (للأسف) ظللت مستيقظة حتى منتصف الليل وعندما نمت أخيرًا، لم أستطع سماع المنبه.

المعالج: إذن، سهرتِ ولم تستطيعي النوم، هذا مروع. هل كنت قلقة بشأن شيء ما؟

كما سبق أن وصفنا، يجد العديد من المرضى صعوبة بالغة في الجلوس على كرسي الوالد المعاقِب خاصة عندما يغضب المعالج من هذه الصيغة. لمنع ذلك، يجب أن يعود المريض إلى كرسيه عندما يبدأ المعالج مقاومة الوالد المعاقِب والتحدث إلى الكرسي الفارغ (انظر الجدول 5,5). هذا يسمح للمريض بأخذ دور المتفرج خلال المعركة بين المعالج والوالد المعاقِب. ومع ذلك، إذا خافت نورا من المعالج، فيمكنه طمأنتها مرة أخرى وشرح أنه يقاوم صيغة المعاقِب فقط، وليس نورا الصغيرة.

في المرحلة النهائية من العلاج، يمكن للمريض أيضًا مقاومة الجانب المعاقِب بنفسه، وتغيير الكراسي واللعب على التوالي مع الراشد السليم والجوانب المعاقِبة (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). ومع ذلك، فإننا لا نقترح استخدام هذه الطريقة إلا عندما يتمكن المريض من لعب دور الراشد السليم والمعاقِب؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 3.04 Punitive Parent Chairwork end phase)

بعد ذلك يجب أن يقتصر دور المعالج على توجيه الراشد السليم. غالبًا ما تكمن المشكلة في أن المريض لا يستطيع صياغة كلمات الراشد السليم. ما يجعله بحاجة إلى التدريب، ولكن في كثير من الأحيان، خاصة في المراحل المبكرة من العلاج، يتم استخدام تقنية كرسيين أو أكثر مع المعالج الذي يقاوم الجانب المعاقِب وإسكات صيغة المعاقِب مؤقتًا. هكذا يشعر المريض بالحماية والراحة بعد هذا التمرين. وهنا يحسن بالمعالج قضاء بقية الجلسة في تهدئة المريض ومساعدته طالما ظل الوالد المعاقِب صامتًا. يكون المعالج هنا في أفضل وضع لمساعدة المريض في حل مشكلاته.

تقنية الكرسي الفارغ لصيغة الوالد المتطلب

كما يجب تطبيق تقنية الكرسي الفارغ على صيغة الوالد المتطلب، إذا كان يلعب دورًا في مشكلات المريض. ومع ذلك، هناك خطر أكبر يتمثل في توهم المرضى (والمعالجين!) أن هذه الصيغة فعالة ما يجعلهم مترددين في التعامل معها، خشية أن ينتهي بهم الأمر إلى عدم القيام بأي شيء على الإطلاق. ثقافتنا الحالية مليئة بالمتطلبات، وقد يعاني المعالجون أنفسهم معايير عالية (بشدة). وبالتالي يكمن الخطر في عدم تناول صيغة الوالد المتطلب بشكل كاف. على المعالج أن يدرك أية مشكلات قد يواجهها مع رؤية الجوانب المختلة لصيغة الوالد المتطلب ومحاولة تصحيحها، حتى يتمكن من معالجة هذه الصيغة لدى مرضاه.

قد يكون لتقنية الكرسي تأثير فوري في إسكات الوالد المعاقِب أو المتطلب، ولن يتقن هذا إلا بالتكرار. يجب استخدام هذه التقنية على نحو متواتر قبل أن يكون لها تأثير دائم.

علاوة على ذلك، على المريض تعلم كيفية تطبيقها بنفسه. في المراحل اللاحقة من العلاج، يجب أن يقوم المعالج بتدريب المريض (في صيغة الراشد السليم) على مقاومة صوت الوالد المعاقِب أو المتطلب. على من لديهم خلل شديد ومستمر في صيغ الوالد ممارسة تقنية الكرسي الفارغ في المنزل.

الأسئلة المتداولة حول تقنية الكرسيين مع الوالد المعاقِب أو المتطلب

ماذا أفعل إذا كان المريض يريد الجلوس على كرسي آخر؟

في البداية، يحسن بالمعالج استخدام الدمى أو البطاقات لترمز إلى الصيغ أيضًا. ولكن إذا كان المريض قادرًا على الجلوس على الكراسي المختلفة بنفسه، فإن التغيير على المستوى التجريبي يكون أكثر تأثيرًا.

ماذا أفعل إذا كان المريض لا يقبل تصرفات المعالج تجاه كرسي الوالد المعاقب؟

هناك أوقات لا يستطيع فيها المريض تحمل غضب المعالج تجاه الوالد المعاقِب، برغم أن الكرسي فارغ. هنا يعتبر بعض المرضى الوالد المعاقِب جزءًا من الوالد الحقيقي ويشعرون بأن مقاومة الجانب المعاقِب ستؤدي إلى خسارة الوالد بأكمله، وهي فكرة لا يمكنهم تحملها، على الرغم من الإساءة وسوء المعاملة التي ربما يكون الوالد قد تسبب فيها. على المعالج بعد ذلك أن يشرح أن التقنية تدور حول إسكات ذلك الجزء المعاقِب من الوالد الذي يؤذي المريض. هذا لا يعني أنه يجب أن يرفض الوالد بالكامل. من المفيد هنا التثقيف النفسي بشأن استجابة الوالد الطبيعية لخطأ الطفل. على المعالج أن يوضح أننا نتعلم أكثر من ارتكاب الأخطاء حين يتم تقبلها أكثر مما نتعلمه عندما نتعرض للإذلال لارتكابنا إياها. بهذه الطريقة يتعلم المريض سبب شعور المعالج بأن ردود فعل الوالد المعاقِب مبالغ فيها ومدمرة. الحل الوسط المحتمل هو أن يستخدم المعالج نبرة أقل غضبًا عند التعامل مع الوالد المعاقِب. ومع ذلك، فإن وظيفته هي ضمان إبقاء الوالد المعاقِب صامتًا، وإلا فستستمر هذه الصيغة في السيطرة على مشاعر المريض. على الرغم من مقاومة المريض، قد

يكون من الضروري التعامل بحزم شديد في إبعاد صيغة المعاقِب. الإجراء الرَمزي الذي غالبًا ما يكون مفيدًا هو وضع كرسي الوالد المعاقِب الفارغ خارج الغرفة.

يمكن تصحيح (أو منع) توهم المريض بأن المعالج يرفض الوالد كليًّا بكتابة رسائل إلى الوالد المعاقِب ووضعها على الكرسي الفارغ مثل:

المعالج: «أعلم أنك تفعل أشياء جيدة لنورا الصغيرة أيضًا، لكن هذا سلوك غير مقبول».

المعالج: «يمكنك العودة عندما تستطيع مساعدة نورا».

ماذا أفعل إذا شعر المريض بالوحدة أو القلق بدون الصوت المعاقِب؟

في مثال نورا، يحسن بالمعالج أن يشرح أنه بدون الصوت المعاقِب، تتَاح مساحة أكبر لمشاعر نورا الصغيرة. ثم يمكنه النقاش معها حول طبيعة احتياجاتها التي لم تتم تلبيتها وكيفية تلبيتها بمساعدة المعالج أو أصدقائها أو صيغة الراشد السليم.

ماذا أفعل إذا ظن المريض أنه بدون الوالد المعاقِب يصبح خاليًا من التقاليد أو القيم؟

قد يشرح المعالج أن معايير وقيم الوالد المعاقِب متطرفة وجامدة، ثم يعده بأنه سيساعده على إنماء الراشد السليم بداخله، حيث سيكون هناك مكان للأعراف والقيم الطبيعية، التي يختارها المريض بنفسه.

سماع صوت الوالد المعاقب: هلوسة زائفة أم حقيقية؟

اكتشفنا أن 50% على الأقل من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يختبرون رسائل الوالد المعاقِب في شكل صوتي. في كثير من الأحيان، ولكن ليس بالضرورة، يكون هو صوت الوالد المعاقِب. وغالبًا ما يتردد المريض في إخبارك بذلك؛ لأنه يخشى أن تشخصه بالذهان ومن ثم لا يتلقى العلاج الذي يحتاج إليه (وهو ما يحدث للأسف غالبًا). لم نشهد أي تأثير على فاعلية تقنية الكرسي الفارغ لمقاومة صيغة الوالد المعاقِب سواء كانت الرسائل المعاقِبة في شكل صوتي أو في شكل أفكار. عادة لا يخطئ مرضى اضطراب الشخصية الحدية في معرفة المصدر؛ إنهم يدركون أن عقولهم هي التي تنتج هذا الصوت. على الرغم من أن الكثيرين يرون أن هذا الوعي جزء أساسي من التشخيص (تسمى هذه التجارب *بالهلوسة الزائفة*) فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لا يتطلب إسناد مصدر خاطئ لتشخيص الذهان. قد يعني هذا أن أكثر من 50% من مرضى اضطراب الشخصية

الحدية يعانون الذهان؛ انظر أيضًا (Merrett, Rossell, & Castle, 2016)، وهو رأي نميل إلى الاختلاف معه. إنه نتاج تجاهل حقيقة أن المصدر الخاطئ للإسناد ضروري في اختبار الاغتراب عن الواقع الذي يعتبر محوريًا في الذهان. نوصي بتجاهل هذا النقاش التشخيصي، وعلاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين يسمعون صوت الوالد المعاقب، مثل باقي المصابين بهذا المرض.

بوسع المعالج أن يطمئن مرضاه بإخبارهم بأن أكثر من 50% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يختبرون صيغة الوالد المعاقب ليس فقط من خلال الأفكار، ولكن أيضًا من خلال أصوات يسمعونها. بعد ذلك يمكنه سؤالهم عن مدى تأثير ذلك عليهم. إذا اعترف المريض بأنه يسمع صوتًا، فمن المفيد أن يسأل عما إذا كان الصوت يبدو كأنه شخص من الماضي، وإذا كان كذلك، فمن هو؟ يجب طرح الأسئلة نفسها حول المحتوى: هل سمعه من قبل؟ هل كان يتكرر؟ من قاله؟

تقنية الكرسيين مع المنفصل الحامي

في حين أن نبرة المعالج قد تكون أكثر حيادية عند التعامل مع المنفصل الحامي (انظر الفصل 9)، على غرضه أن يبقى كما هو، وهو التأكد من تراجع الصيغة، بحيث يتمكن من متابعة الجلسة العلاجية مع نورا الصغيرة الجالسة على الكرسي الآخر (انظر الجدول 5,5). تمامًا كما هي الحال مع صيغة الوالد المعاقِب، يكون لدى المعالج خياران؛ يمكنه أن يطلب من المريضة الجلوس لمدة وجيزة على كرسي المنفصل الحامي لتوضيح رسالة هذه الصيغة. أو يمكنه ترك كرسي المنفصل الحامي فارغًا ويسأل المريضة عما يقوله لها. في المناقشة مع المنفصل الحامي، يوضح المعالج أنه يفهم كم كان عونًا لها في البداية، وحمى نورا من المواقف المتطرفة التي مرت بها في الطفولة. ثم يوضح أنه لم يعد هناك حاجة إليه؛ لأن الظروف تغيرت؛ انظر (Schema Therapy Step by Step 2.05 Detached Protector Chairwork).

مثال لتقنية كرسيين أو أكثر مع المنفصل الحامي

المعالج: إذن، كيف حالكِ اليوم؟

المريضة: (بنبرة جامدة) بخير.

المعالج: كيف كان أسبوعكِ؟ هل حدث أي شيء تريدين التحدث عنه؟

المريضة: (تنظر بعيدًا وتتثاءب) لا، ليس تمامًا.

المعالج: إذن، كل شيء على ما يرام.

المريضة: نعم، ربما بوسعنا عقد جلسة قصيرة اليوم..

المعالج: أظن أنك تعايشين صيغة الحامي اليوم.

المريضة: لا، ماذا تقصد؟ أنا بخير تمامًا.

المعالج: لقد اتصلتِ بي هذا الأسبوع وأخبرتِني بأنكِ لم تكوني على ما يرام. وها أنتِ الآن تخبرنني بأن كل شيء بخير. لهذا السبب أظن أنك تعايشين صيغة الحامي. أقترح أن نجلس الحامي المنفصل على الكرسي الآخر لنحجم سيطرته.

المريضة: لكنني لست في مزاج مناسب للجلوس على كرسي آخر. أنا متعبة للغاية.

المعالج: هل لي أن أقول شيئًا للمنفصل الحامي الجالس على الكرسي الفارغ؟

المريضة: لا بأس.

المعالج: (إلى الكرسي الفارغ) أعلم أنك هنا لسبب ما؛ لأن شيئًا سيئًا حدث هذا الأسبوع. لكني أود أن تعطيني الفرصة للتحدث مع نورا الصغيرة.

المريضة: هذا لن يساعد أحدًا.

المعالج: (متحدثًا إلى الكرسي الفارغ) أرى أنك تواجه مشكلة في المغادرة والسماح لنورا الصغيرة بالتعامل مع مشاعر الانزعاج والضيق، لكني هنا لمساعدتها؛ لذا أطلب منك السماح لي بالتواصل مع نورا الصغيرة، حتى ولو لبقية هذه الجلسة فقط. أفهم أنك تشعر بضرورة حماية نورا الصغيرة من الألم حين تكون وحيدة ومنزعجة. لكنني

هنا لمساعدة نورا، ولذا أطلب منك التنحي، في الوقت الحالي فقط، كي أتمكن من الاعتناء بنورا. أنا أهتم بأمرها وأود حقًّا مساعدتها في التعامل مع مشاعرها، لكن لا يمكنني فعل ذلك إذا لم تسمح لي بالنفاذ إليها.

(يستمر المعالج في هذا الحديث إلى أن يتمكن من التحدث مع نورا الصغيرة).

الأسئلة المتداولة حول استخدام تقنية كرسيين أو أكثر مع المنفصل الحامي

ماذا أفعل عندما يرفض المنفصل الحامي التراجع؟

من الناحية العملية، لا توجد سوى مشكلة رئيسية واحدة في هذه التقنية، وهي عندما يرفض المنفصل الحامي التراجع. على الرغم من حقيقة أن المنفصل الحامي عنيد، فمن المهم ألا يغضب المعالج منه. إذا فعل، فسيخاطر باستثارة الوالد المعاقِب. من ناحية أخرى، يمكن أن يكون المنفصل عنيدًا لدرجة تستوجب من المعالج قوة وصلابة إضافية في تعامله مع هذه الصيغة. إذا أدى هذا إلى استثارة صيغة المعاقِب، على المعالج منح الأولوية لكبحها، بإجلاسه على كرسي منفصل. في هذه الحالة، سيكون هناك كرسي لصيغة المعاقِب، وكرسي لصيغة المنفصل الحامي، وكرسي لنورا الصغيرة. على الرغم من أن المعالج يتحدث إلى المنفصل الحامي في هذا التمرين، فمن المهم أن يتحدث في الوقت نفسه إلى نورا الصغيرة بنبرة صوت تجذب الطفلة بداخلها («أنا أهتم بأمر نورا وأعلم أنها موجودة خلف الجدار الذي بنيته. نحن بحاجة إلى التحدث عن مشاعرها...»). غالبًا ما يحفز هذا المريض على تحجيم سيطرة المنفصل الحامي والبدء في التحدث عن مشاعره. بمجرد أن يبدأ المريض التحدث عن مشاعره، فهذا يعني أن التقنية نجحت، وتكون الخطوة التالية هي تعامل المعالج مع مشاعر المريض واحتياجاته.

يمكن للمعالج أن يجلس على كرسي نورا الصغيرة ويعبر عن احتياجاتها، وهي أن تكون قادرة على التعبير عن مشاعرها وتلقي التفهم والطمأنينة من المعالج. عليه

أن يذكر أنه برغم أن الحامي يحمي نورا، فإنه لا يعلمها أي شيء يساعدها على حل مشكلاتها. في الواقع، الحامي يعرقل تطور نورا؛ لأنه لا يسمح لها بالشعور بأي شيء على الإطلاق.

هناك أسلوب معرفي يتعامل مع الدافع ويسمح للمعالج بتحجيم دور المنفصل الحامي. يتمثل هذا الأسلوب في مناقشة مزايا وعيوب المنفصل الحامي مع نورا (انظر الفصل 9).

تقنية الكراسي المتعددة

بين الحين والآخر، يغادر المعاقِب، لكن على الفور يحل الحامي محله، والعكس صحيح. لهذا السبب، يمكن إضافة كرسي آخر للصيغة الأخرى. قد تبدو لك أشبه بلعبة الكراسي التي يلعبها الأطفال في الحفلات، لكن طالما يبقي المعالج نصب عينيه الهدف من هذه الكراسي (التواصل مع نورا الصغيرة)، سيكون قادرًا على إدارة التمرين. مع الأخذ في الاعتبار الحاجة إلى إبقاء خطوط التواصل مع الطفل مفتوحة، يحسن بالمعالج إضافة كرسي ثالث للسماح بالتعبير عن احتياجات الطفل المهجور (انظر الجدول 5.5).

تمنح هذه التقنية المريض نظرة ثاقبة أكثر حول كيفية تأثر مشاعره وأفكاره وسلوكياته بالصيغ المختلفة. ستلاحظ أيضًا أن هذه الحوارات تصبح أكثر فأكثر جزءًا من عمليات التفكير الداخلية الخاصة بمريضك. سبق أن تحدثت نورا عن «الجدال الدائر في رأسها». وقد تعلمت من معالجها أنه من المفيد تجاهل الوالد المعاقِب في رأسها أو التخلص من سيطرة الحامي؛ ميزة العملية العلاجية أنها ترفض الخلل، وفي الوقت نفسه تتقبل الجانب الصحي المرغوب فيه. على أية حال، يجب ألا يلعب المعالج دور الوالد المعاقِب أو المنفصل الحامي؛ لأن ذلك سيكون مربكًا للمريض.

عادة لا يكفي التخلص من الصيغ المعاقِبة و/أو الحامية مرة واحدة فقط، حيث ستعاود الظهور مرارًا خلال الجلسات اللاحقة. غالبًا ما يلاحظ المعالج ذلك من نبرة صوت المريض عندما يتحدث عن نفسه. بمجرد أن يلاحظ تغييرًا في نبرة الصوت، يجب أن يسأله عما إذا كان يعايش الصيغة المعادلة لهذا الصوت. عليه أيضًا أن يطلب من المريض منح هذه الصيغة كرسيه الخاص وتكرار العملية المذكورة سابقًا.

تقنية كرسيين أو أكثر في المرحلة النهائية من العلاج

خلال المرحلة الأخيرة من العلاج، يمكن أيضًا تطبيق هذه التقنيات على المخططات المختلة و/أو إستراتيجيات المواجهة التي لا تزال تسبب المشكلات. يتم إجلاس صيغ المخطط أو إستراتيجية المواجهة المسببة للمشكلة فوق كرسي والراشد السليم في كرسي آخر. يمكن للمريض الجلوس على أي كرسي بينما يقوم المعالج بتوجيهه كراشد سليم.

وقد اكتشفنا أنه من المفيد للغاية أن يتعلم المرضى مقاومة أنفسهم عند معايشة صيغ الوالد المعاقِب أو المتطلب أو المنفصل الحامي الذي يجلس بشكل رمزي على كرسي فارغ؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 3.02 Detached Protector Chairwork Endphase).

وبالمثل، من المهم أن يتبنى المريض صيغة الراشد السليم وأن يهدأ ويصحح التفسيرات الخاطئة الخاصة بالطفل المهجور/المساء معاملته عند إجلاسه على كرسي فارغ. أحيانًا يتجنب المرضى القيام بذلك؛ لأن قول أشياء لطيفة ومهدئة لأنفسهم تذكِّرهم بما حرموا منه في طفولتهم، ولكن من الضروري تبني صيغة الراشد السليم ومداواة جروح صيغة الطفل المهجور المساء معاملته.

يمكن أيضًا استخدام تقنية كرسيين أو أكثر لزيادة تعزيز صيغة الراشد السليم من خلال السماح للمعالج بلعب دور الوالد المعاقِب أو المنفصل الحامي. بعدها يحاول المريض مقاومة هذه الجوانب وتحجيم سيطرتها مستعينًا بالراشد السليم. يجب عدم تطبيق هذه التقنية إلا إذا أوضح المعالج أنه يمثل مجرد دور ليس إلا، وأن ما يقوله في هذا الدور لا يعنيه حقًّا.

اختبار المشاعر والتعبير عنها

يجب أن يتعلم مرضى اضطراب الشخصية الحدية اختبار المشاعر السلبية القوية دون الهروب منها أو التصرف باندفاعية. حين لا يبدو المريض قادرًا على اختبار المشاعر (انظر الفصلين 2 و 9)، من المهم شرح سبب اعتبار المشاعر جزءًا ضروريًّا وصحيًّا وعمليًّا من حياة الإنسان. عند القيام بذلك، على المعالج ألا يكتفي بشرح أن الشعور عاطفة، بل يوضح أيضًا أن المشاعر تثير أعراضًا معينة في الجسم. خلال تعليم المريض كيفية فهم المشاعر، يشرح له المشاعر الأساسية: الخوف (والقلق)، والغضب (والثورة)، والحزن (والاكتئاب)، والسعادة (والفرح)، والاشمئزاز. تقنيات التعرض

المستخدمة في العلاج السلوكي، وكذلك كتابة المريض رسائل حول مشاعره تجاه من أساءوا معاملته دون إرسالها (Arntz، 2004)، يمكن أن تساعد على تحفيز وتعلم تحمل وقبول المشاعر.

عند استخدام اليوميات المعرفية، من الضروري وصف المشاعر التي يتم استحضارها في المواقف المختلفة (انظر الفصل 6 والملحق ب). نظرًا لأن تعلم كيفية التعامل مع الغضب يمثل مشكلة صعبة بشكل خاص لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، فقد تم تخصيص قسم منفصل لهذا الموضوع.

التعامل مع الغضب

يعد الشعور بالغضب والتعبير عنه (نورا الغاضبة) مشكلة صعبة بشكل استثنائي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. عدد صغير من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يبدأون العلاج وهم غاضبون من كل شيء وكل شخص بمن في ذلك المعالج. ومع ذلك، يتراجع معظم المرضى عن غضبهم؛ لأن التجربة علمتهم أنهم عندما يعبرون عنه، يواجهون عواقب وخيمة. بين الحين والآخر تنتابهم نوبات غضب غير متوقعة ولا يمكن السيطرة عليها. يعمل هذا بشكل عام على مفاقمة خوف المريض من التعبير عن غضبه.

إذا أرادت نورا في الجلسة التعبير عن غضبها من وجهة نظر الطفل الغاضب، فعلى المعالج تشجيع ذلك. يجب أن يكون حريصًا جدًّا في كيفية تفاعله مع غضبها. إذا بالغ في التفهم، فسيؤدي ذلك إلى كبح غضبها مؤقتًا. من ناحية أخرى، إذا أفرط في النفور من هذا الغضب، فإنه هنا يتصرف بأسلوب عقابي، وبالتالي، يعزز مرة أخرى اعتقاد المريضة بأن التعبير عن الغضب سيقابل بالرفض. وأيضًا إذا بالغ في سرعته في الدفاع عن نفسه فسيكبح غضبها قبل الأوان. أفضل ما يمكنه تقديمه لمريضته هو إتاحة المجال لها للتعبير عن غضبها بشأن كل ما يزعجها. يجب أن يستمر في سؤالها عن أسباب غضبها بنبرة محايدة، ويستوضح ما إذا كان هناك المزيد من الأشياء التي تثير غضبها. بمجرد أن تتاح لها الفرصة للتعبير عن غضبها بالكامل، فعلى المعالج أن يبدأ التعاطف معها والاعتراف بحقها في أن تغضب. عندها فقط يمكن الربط بين الغضب ونمط الطفل الغاضب. في هذه الأثناء، ستهدأ المريضة قليلًا ويمكن لمعالجها مناقشة العناصر الواقعية وغير الواقعية لقصتها. كما يجب عليه توعية المريضة بخصوص الغضب. الغضب شعور طبيعي؛ لذا فإن قمعه لمدة طويلة يؤدي إلى الانفجار لاحقًا.

نظرًا لأنها لم تتعلم كيفية التعامل مع غضبها بطريقة ملائمة للمستقبل، من المفيد تجربة خيارات مختلفة في لعب الأدوار. في الجدول (6.5) قمنا بتلخيص أربعة جوانب مختلفة مرتبطة بالغضب.

الجدول (6.5) التعبير عن الغضب

1. التنفيس عن الغضب	المعالج يبقى على الحياد ويستمر في طرح الأسئلة.
2.التعاطف	المعالج يتعاطف مع غضب المريض ويصل بينه وبين الصيغ.
3.اختبار الواقع	المعالج يناقش أية أسباب لغضب المريض لها ما يبررها وأية أسباب لا مبرر لها.
	المعالج يشرح سبب اعتبار الغضب شعورًا طبيعيًا لا يجب قمعه.
4.السلوك الحازم	المعالج يستخدم لعب الأدوار للتدرب على كيفية التعامل مع موقف مشابه في المستقبل بشكل أفضل.

مثال للتعامل مع الغضب

المريضة: أنت لا تفهم أي شيء. لا أعرف لماذا أواصل المجيء إلى هنا. اتصلت بسكرتيرتك هذا الصباح لأسألها عن موعدي، فأخبرتني تلك المرأة الغبية بالموعد الخطأ؛ لذا اضطررت لأن أجلس في غرفة الانتظار المملة لمدة ساعة.

المعالج: (بنبرة محايدة) ما أسمعه هو أنكِ غاضبة من سكرتيرتي ومني لأنني لا أفهمكِ. هل هناك أي شيء آخر تشعرين بالغضب منه؟

المريضة: نعم! ليست لديك فكرة عن مدى ملل غرفة الانتظار لديكم. لا وجود لضوء الشمس والمجلات المتاحة قديمة فقط. والناس الجالسون أفظاظ. إنهم لا يبالون حتى برد التحية.

المعالج: (بنبرة محايدة) إذن أنتِ غاضبة مني؛ لأنكِ اضطررت للجلوس في غرفة الانتظار لمدة ساعة ولا تحبين الجالسين فيها. هل هناك أي شيء آخر تشعرين بالغضب بسببه؟

المريضة: لقد تشاجرت مع زوجي هذا الصباح. لم يرغب في النهوض من السرير كالعادة! وفي النهاية شتمني.

(يستمر الحديث حتى يزول كل غضبها. ويواصل المعالج جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول سبب غضب المريضة ثم يبدأ التحدث بنبرة متعاطفة).

المعالج: أستطيع أن أفهم سبب غضبك. كان من الغباء ألا أدون موعدنا في جدول أعمال سكرتيرتي. أستطيع أن أفهم أن نورا الصغيرة لا بد أنها شعرت بأنها مهجورة وتشعر الآن بأنها لا تستطيع الوثوق بي.

المريضة: ظننت أنه حتى أنت لا تريد أن تراني! كما أنك تفعل هذا بي قبل إجازتك مباشرة...

راجع: (Schema Therapy Step by Step 2,15 Angry Child— Ventilate، Empathize، Reality Testing).

وهنا يناقش المعالج بدقة مشاعر المريضة حول إجازة المعالج المقبلة. يتبع ذلك مناقشة المواقف التي عبرت فيها عن غضبها بطريقة غير لائقة ويعلمها المعالج كيفية التعبير عن غضبها بشكل أكثر ملاءمة في هذه المواقف، باستخدام لعب الأدوار أو تقنيات الكراسي الفارغة على سبيل المثال.

انظر: (Schema Therapy Step by Step 2,16 Angry Child - Chairwork).

إذا واجه المعالج صعوبات في التمييز بين الطفل الغاضب والحامي الغاضب والراشد السليم الغاضب، يمكنه الرجوع إلى الفصل 9 للاطلاع على طرق التعامل مع الطفل الغاضب.

هناك مرضى لا يجرؤون على إظهار أية مشاعر غاضبة. إنهم يقومون بعقلنة هذه المشاعر وكبحها لخوفهم من فقدان السيطرة ومن عواقب هذا الغضب الجامح. على المعالج أن يشرح أن مراكمة مشاعر الغاضب تسبب نوبات غضب غير متوقعة لا يمكن السيطرة عليها وعادة ما تحدث في الوقت الخطأ وتكون موجهة إلى الشخص الخطأ. في هذه الحالة، يحسن بالمعالج أن يكون قدوة للمريض من خلال توضيح كيفية التعبير اللفظي عن درجات الغضب المختلفة، مثل ضرب الوسائد وضرب الأرض بالقدمين وإخبار الشخص المطلوب بسبب غضبك منه. وبعدها يطلب من المريض أن يفعل ذلك معه. إذا كان يعاني مشكلة في الشعور بالغضب، ورغم ذلك تظهر عليه أعراض الغضب، فمن المفيد أن تطلب منه التركيز على ما يشعر به. يعاني كل منا ظواهر مختلفة عند قمع الغضب، ولكن من الأعراض الأكثر شيوعًا آلام المعدة والصداع وتوتر العضلات.

بعض المرضى يكوّرون قبضاتهم ولا يدركون أنهم يفعلون ذلك. يحسن بالمعالج أن يطلب من المريض تركيز كل انتباهه على الجزء المتوتر أو المتألم من جسده. ثم يناقش مع المريض ما تعنيه هذه المشاعر. إذا اعترف بهذه المشاعر أو أدركها، فيمكنهما مناقشة كيفية التعامل معها، بالإضافة إلى السماح بأكبر مساحة ممكنة للتعبير عنها. يمكن أن يقترح المعالج أن يمارس المريض التعبير عن الغضب/التهيج أثناء العلاج وخارجه قدر الإمكان. سيساعده ذلك على تجنب مراكمة هذه المشاعر. أثناء قيامه بذلك، سيعاني أيضًا ردود الفعل من الفرد الذي يغضبه، وبشكل عام سيعلم أن الأمر ليس بالسوء الذي توقعه. والأهم من ذلك، سيدرك أن التعبير عن الغضب في الأوقات الملائمة يقلل فرص حدوث الانفجارات الخارجة عن السيطرة. هناك تمرين آخر وهو أن يتحمل المريض هذه المشاعر ولا يبدي ردة فعل تجاهها على الفور. من خلال القيام بذلك، يدرك المريض أن هذه المشاعر لا تتبدد بمرور الوقت، ويتعلم المزيد عن الحفاظ على السيطرة أثناء اختباره للمشاعر القوية. غالبًا ما يكمن الألم والحزن وراء الغضب. إذا تم إيلاء الاهتمام الكافي للطفل الغاضب، فعلى المعالج أيضًا إقرار مشاعر وأفكار الطفل المهجور/المساء معاملته.

التعامل مع الإحباط

عندما يعايش المريض صيغة الطفل غير المنضبط/المندفع، يجب أن يتفاعل بطريقة أخرى. في هذه الحالة، على المعالج ألا يسمح للمريض بالتنفيس، بل يضع حدودًا لسلوكه بطريقة هادئة.

قد يواجه المعالج المريض بتأثيرات سلوكه لكن بتعاطف وتفهم.

يثقف المعالج المريض نفسيًّا حول خيبات الأمل والإحباطات. إنها جزء من الحياة ويجب على الجميع تعلم كيفية التعامل معها. عندما يهدأ المريض، يمكنه مساعدته في حل مشكلاته بطريقة أكثر واقعية (انظر أيضًا الفصل 9).

اختبار المشاعر الأخرى والتعبير عنها

غالبًا ما يخشى مرضى اضطراب الشخصية الحدية فقدان السيطرة والانغماس في المشاعر الأخرى، مثل الخوف أو الحزن أو الفرح. لاكتشاف المشاعر التي تثار، تمامًا كما أوضحنا في حالة الغضب، يمكن للمريض التركيز على الأعراض البدنية لتمييزها. على سبيل المثال: التنفس السريع مع الإمساك بمسندي الذراعين بكرسيه يشير إلى أنه

يكبت مشاعر الخوف أو الحزن. من خلال السماح لهذه المشاعر تدريجيًّا بالظهور في الجلسة، سيكتشف أنها يمكن التحكم فيها وأنه يمكنه فعل ذلك خارج جلسات العلاج أيضًا. يمكن القيام بذلك من خلال الاستماع بوعي لأنواع معينة من الموسيقى أو مشاهدة الأفلام المثيرة للمشاعر.

سيمر وقت طويل قبل أن يتمكن المريض من إظهار هذه المشاعر لأي شخص آخر غير معالجه. في بعض الأحيان يمكنه محاولة إظهارها لصديق مقرّب أو لأطفاله. بمجرد وصولها إلى النقطة التي يتطور فيها الراشد السليم، وبناء علاقات مع الراشدين السليمين الآخرين، يفضل ممارسة هذه التقنيات بعيدًا عن البيئة العلاجية أو داخل العلاقات الجيدة.

مثال للتركيز على الأعراض البدنية بهدف تمييز المشاعر وتسميتها

تود نورا التقدم للعمل متطوعة، لكنها لم تنجح. يحلل معالجها سبب ذلك. تظن نورا أنهم لا يريدونها ببساطة. يسألها المعالج عما تشعر به.

المريضة: لا أعرف بم أشعر.

المعالج: هل تلاحظين أي شيء مختلف في جسمك؟

المريضة: نعم، معدتي تؤلمني.

المعالج: ركزي على ألم معدتك.

المريضة: لا أدري ما إذا كان هذا بإمكاني.

المعالج: لعله من المفيد أن تضعي يدك على المكان الذي يؤلمكِ.

المريضة: (تفعل هذا) الأمر يزداد سوءًا.

المعالج: جربي فقط وحاولي التركيز على الألم وفكري فيما يعنيه.

المريضة: أظن أنني خائفة حقًّا. أحيانًا أعاني آلامًا في المعدة عندما تتأزم الأمور. نعم، أخشى أنهم سيستغلونني إذا عملت هناك.

المعالج: إذن، آلام المعدة تشير إلى أنكِ خائفة.

(تومئ المريضة)

المعالج: هذا يعني أن آلام المعدة هي إشارة لكِ لمحاولة معرفة ما الذي يخيفكِ أو يزعجكِ.

تقنيات تجريبية للطفل السعيد

يمكن استخدام التمارين التجريبية البسيطة لتحرير الطفل السعيد. يمكن أن يقوم المعالج والمريض معًا باللعب بفقاعات الصابون، ونفخ البالونات وإطلاقها، ورسم رسومات مضحكة، ومشاركة القصص والتجارب المضحكة، وإلقاء النكات، وما إلى ذلك. يتم استخدام هذه التمارين بشكل منهجي في العلاج التخطيطي الجماعي، ولكن يمكن استخدامها أيضًا في العلاج التخطيطي الفردي. وهناك خيار مثير للاهتمام يتمثل في الجمع بين الاثنين في التعامل مع الصيغة المختلة. على سبيل المثال: يمكن صنع دمية قبيحة تمثل الوالد المعاقِب، يتم وضعها على الكرسي الفارغ، ومقاومتها، وطردها أو إشعال النار فيها. أو يمكن وضع رسائل الوالد المعاقبة في بالون، ثم تفجير البالون بضربه بقدميه. مثل هذه التمارين تحول المشاعر السلبية إلى متع طفولية، بعبارة أخرى: تحول الصيغ المختلة إلى صيغ صحية، ويكون لها تأثير محرِّر.

كتابة الرسائل

يمكن للمريض أن يتعلم التعبير عن مشاعره من خلال كتابة الرسائل. غالبًا ما تستخدم هذه التقنية في التعامل مع الصدمات، ولكن يمكن أيضًا تكييفها للتعبير عن المشاعر في المواقف المختلفة. يكتب المريض خطابًا موجهًا إلى مَن تسببوا في إيلامه، يعبر فيه عن مشاعر اليأس و/أو الغضب. بشكل عام، لا يتم إرسال هذه الرسالة أبدًا. لا تقتصر هذه التقنية على المشاعر السلبية، بل يمكن استخدامها أيضًا لمساعدة المريض على تعلم التعبير عن المشاعر الإيجابية. عندما يقرأ هذه الرسائل بصوت عالٍ خلال جلساته، يتعلم كيفية مواجهة هذه المشاعر.

قد يختار أيضًا كتابة رسائل ورقية أو إلكترونية إلى المعالج حول الموضوعات التي يشعر بعجزه عن التعبير عنها بالكلمات أثناء الجلسات. يحسن بالمعالج استخدام هذه الرسائل كوسيلة لفهم أسباب عجزه عن التحدث عن هذه الموضوعات. ربما يكون الحامي المنفصل متورطًا في حمايته من المشاعر القوية. وقد يشعر الوالد المعاقِب أن بعض الموضوعات يجب أن تبقى طي الكتمان. الاحتمال الآخر هو أن الطفل المهجور/ المساء معاملته يشعر بالخجل. من خلال معالجة تدخل الصيغ، يمكن للمريض أن يتعلم مناقشة هذه المشاعر في مرحلة لاحقة من العلاج ما يقلل الحاجة إلى كتابة الرسائل.

الأسئلة المتداولة حول الأساليب التجريبية بشكل عام

ماذا علي أن أفعل إذا طبقت تقنية تجريبية بنجاح وتبقى لديَّ وقت إضافي في الجلسة؟

التطبيق الناجح للتقنية التجريبية يعني أنك تواصلت مع الطفل المهجور/المساء معاملته. من المهم أخذ الوقت الكافي للتحقق من مشاعر نورا الصغيرة وتلبية احتياجاتها بطريقة ملائمة. يمكنك تثقيف المريضة نفسيًّا حول ما يفعله الوالد الطبيعي وكيفية تعامل الراشد السليم مع مثل هذه المواقف. إذا كان لا يزال لدى المريضة المزيد من الأسئلة حول مشكلاتها، ولا يزال لديك متسع من الوقت، يمكنك استخدام أسلوب تجريبي آخر أو تطبيق تقنية معرفية أو استخدام البطاقات (انظر الفصل 6).

خاتمة

في هذا الفصل، ناقشنا تقنيات مختلفة متمحورة أساسًا حول الشعور، بدلًا من التفكير أو الفعل، وهي تدعى الأساليب التجريبية. باستخدام هذه الأساليب، يمكن للمريض أن يدير مشاعره ويعبر عنها بشكل أكثر ملاءمة، ويفسرها بشكل مختلف. غالبًا ما يكون لهذه الأساليب تأثيرات معرفية وسلوكية مهمة. علاوة على ذلك، على عكس الأساليب العقلانية، لهذه الأساليب التجريبية تأثير على مستوى المشاعر، حيث تتناول الذكريات من مرحلة الطفولة المبكرة، حين لا يكون التفكير عقلانيًّا بعد. لهذا السبب، تعد هذه الأساليب جزءًا مهمًّا من العلاج التخطيطي. ومع ذلك، من المهم أن ترتبط بمسارات الفكر والعمل (انظر الجدول 3 .1) بحيث يمكن للمريض أن يعدل سلوكياته بناءً على ما اكتشفه.

يصف الفصل 6 كيف يمكن إضافة الأساليب المعرفية لتحسين صورة المريض الذاتية وكذلك نظرته للآخرين والعالم ككل.

6

الأساليب المعرفية

يمكن استخدام الأساليب المعرفية لتحليل وتغيير الآراء المختلة لدى المريض حول الأحداث الحالية والماضية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أيضًا تحليل العلاقة العلاجية باستخدام هذه التقنيات (انظر الفصل 4: «الأساليب المعرفية والعلاقة العلاجية»). إن العلاج المعرفي المستخدم في العلاج المركّز على الأعراض لا يعد خيارًا لمرضى اضطراب الشخصية الحدية خلال المرحلة الأولى من العلاج. ومع ذلك، يمكن للمريض أن يربط بين المواقف والمشاعر والأفكار والصيغ المرتبطة بها (انظر الجدول 6 .1). يبحث المعالج عن صلات بين المواقف الحالية والأحداث في ماضي المريض. على سبيل المثال: قد تتسبب صيغة الطفل المهجور في إصابة نورا بالذعر من مجرد التفكير في ترك زوجها لها لأنها تؤمن في قرارة نفسها بأنه سيتركها. في هذه الحالة، يحسن بالمعالج أن يشرح الروابط بين هذا الموقف الحالي وحقائق ماضيها، حينما تركت والدتها البيت لبضعة أسابيع دون أن يعرف الأطفال سبب مغادرتها أو ما إذا كانت ستعود. لم يكن هذا الموقف مفهومًا أبدًا بالنسبة لنورا الصغيرة، كما أنه مرعب لأنه يهدد وجود والدتها في حياتها؛ لهذا السبب، في كل مرة تواجه المريضة ترك شخص لها، تسيطر عليها الأفكار والمشاعر التي تتعلق بذكرى الطفولة المؤلمة. ومع ذلك، فإن هذه الأفكار والمشاعر، على الرغم من أنها ملائمة لمرحلة الطفولة، لم تعد ملائمة في وضعها الحالي كراشدة. كما يمكن أن تعود ردود فعل الطفل الغاضب وصيغ الوالد المعاقِب إلى تجارب من ماضي المريضة. يمكن أن تكون هذه التفسيرات التي تربط بين ردود الفعل وذكرياتها مفيدة بشدة في فهمها لسبب معاناتها في كثير من الأحيان بسبب مشاعر لا يمكن السيطرة عليها.

الجدول (1.6) مذكرات معرفية للصيغ (انظر الملحق ب)

الموقف (ما الذي أثار ردة فعلي؟)

ذهب زوجي لشراء شيء من المتجر وعاد إلى المنزل متأخرًا ساعة.

الشعور (كيف شعرت؟)

الغضب، والذعر.

التفكير (فيم فكرت؟)

لقد تأخر مرة أخرى، إنه لا يفكر فيَّ على الإطلاق. إنه لا يحبني.

السلوك (ماذا فعلت؟)

ظللت أحاول معرفة ما إذا كان قادمًا وأواصل الاتصال بهاتفه المحمول الذي كان مغلقًا.

ما الصيغة (الصيغ) التي تمت استثارتها؟

ما الصيغة التي عايشتها في هذه الحالة؟ ضع خطًا تحت الجوانب التي تميزها وصفها.

1. المنفصل الحامي:
2. الطفل المهجور/المساء معاملته: كنت خائفة من عدم عودته لأنه لم يعد يحبني.
3. الطفل الغاضب/المندفع: أصبحت أكثر فأكثر غضبًا لأنه لم يزعج نفسه ويحاول الاتصال بي حتى ليخبرني لماذا سيتأخر، بل إنه أغلق هاتفه. إنه يفعل ذلك عن قصد.
4. الوالد المعاقِب: يحق له ألا يحبني بعد الآن، فأنا امرأة لا أحتمل.
5. الراشد السليم:

رد الفعل المبرر (أي جزء من رد فعلي كان مبررًا؟)

لم يتأخر عليَّ قط؛ لذلك كنت محقة في قلقي.

المبالغة (ما ردود الفعل المتطرفة هنا؟)

بأي طرق بالغت في رد فعلي أو أخطأت في قراءة الموقف؟

بالغت في رد فعلي حين فكرت أنه لم يعد يحبني؛ لأنني لم أعرف لماذا تأخر.

ما الذي فعلته جعل الموقف أسوأ؟

استمر الطفل المهجور بداخلي في الاتصال به، ولأنني لم أستطع الوصول إليه، أصبت بالمزيد والمزيد من الذعر.

رد الفعل المطلوب

كيف أرغب في التعامل مع هذا الموقف؟

نظرًا لأنه عادةً ما يأتي في الوقت المحدد ولا يتأخر، يجب أن يكون هناك سبب وجيه للتأخر. ليس عليَّ أن أغضب إلا إذا اتضح أنه لا يهتم بي.

ماذا يمكنني أن أفعل للمساعدة على حل هذه المشكلة؟

يمكنني أن أحاول إلهاء نفسي بفعل شيء آخر غير الانتظار والقلق. إذا لم يأت في خلال ساعة، يمكنني الاتصال بالشرطة أو المستشفى.

الشعور

غضب وخوف أقل

على المعالج ألا يكتفي بالأساليب المعرفية فحسب، فيقدم أيضًا ما يكفي من التثقيف النفسي حول احتياجات الأطفال وما يجب على الآباء فعله عادةً. تعزز هذه المعلومات أيضًا تغيير أفكار ومشاعر المريض على المستوى المعرفي.

بعد استخدام الأساليب التجريبية، قد يكون من المفيد أيضًا الحصول على تحليل معرفي للموقف لبناء التجربة على المستوى المعرفي.

في وصف لعب الأدوار من سيرة المريض، يتم شرح مزيج العمل التجريبي والمعرفي بالتفصيل (انظر الفصل 5: «لعب الأدوار من خلال سيرة المريض»).

بمجرد أن يتقدم العلاج إلى المرحلة التي يكون فيها المريض قادرًا على معالجة فهمه الخطأ دون أن تطغى عليه المشاعر السلبية، يحسن بالمعالج أن يبدأ تعليمه كيفية تمييز الفروق الدقيقة في الأفكار باستخدام الأساليب المعرفية. يمكن أن يؤدي البدء في تعليم هذه الأساليب في وقت مبكر في العلاج إلى أن يعاني المريض منها ويعتبرها عقابية أو لا طائل من ورائها. في مرحلة لاحقة من العلاج، سيكون المريض قد نمَّى صيغة الراشد السليم وقادرًا على النظر إلى المواقف بطريقة أكثر اتزانًا. عندما يجد المعالج أن المريض قادر على ملء ما تبقى من اليوميات المعرفية للصيغ المختلفة (الجدول 1.6 والملحق ب)، يمكن أن يبدأ الاثنان في تحدي أفكار المريض المختلة باستخدام الحوار السقراطي (انظر القسم التالي) والتجربة (انظر الفصل 7). غالبًا ما تكون أساليب الخلاف المعرفي الأكثر شيوعًا غير كافية لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. في المثال الوارد في الجدول (6 .1)، لا يمكن صياغة الاختلافات بين ردود الفعل المبررة وردود الفعل المبالغ فيها بالكلمات بمجرد استخدام إحدى طرق الخلاف (انظر المناقشة التالية). على المعالج والمريض أن يدونا هذه التحديات كمعلومات إضافية في اليوميات المعرفية للصيغ. باستخدام هذه الطريقة، يمكن استخدام أنواع مختلفة من اليوميات المعرفية. يتوافر مزيد من المعلومات حول اليوميات المعرفية في الدراسات السابقة حول العلاج المعرفي.

فيما يلي التشوهات المعرفية الشائعة التي يمكن أن تهيمن على عمليات تفكير المريض:

الإفراط في التعميم: يحدث هذا عندما يظن المريض أنه إذا حدث شيء «مرةً» فسيحدث دائمًا. يمكن للمريض أن يظن، على سبيل المثال، أنه إذا ارتكب خطأً، فإن كل ما يفعله لن ينجح أبدًا وأنه فاشل.

التفكير العاطفي: يتضمن هذا بناء المريض استنتاجات حول الذات والآخرين بناءً على ما يشعر به. على سبيل المثال: يستنتج مريض أنه لا يمكن الوثوق بالمعالج لأنه يشعر بالانزعاج أثناء الجلسات.

التخصيص: الفشل أو النجاح الذي يختبره المريض يعتمد بشكل أساسي على ما يفعله، على الرغم من حقيقة أن مشاركته محدودة في الواقع. مثال للتخصيص هو أن يظن المريض أن وفاة صديقه المقرب هي خطؤه، بينما مات الصديق في الواقع بسبب مرض خطير.

الحظ السيئ غير حقيقي: يظن المريض أن الحوادث والمصادفات لا وجود لها. يظن أن كل شيء يتم التفكير فيه مسبقًا ويحدث عن قصد. بهذه الطريقة في التفكير، تصبح الأخطاء أكاذيب ويصبح نسيان شيء ما دليلًا على الخيانة. هنا الشخص الذي يرتكب أخطاء يستحق العقاب وليس التعاطف (لا مجال للتفهم هنا). ومن أمثلة ذلك اعتقاد المريض أنه وصل متأخرًا إلى المقابلة، على الرغم من أنه غادر في الوقت المحدد. ما أخره هو ثقب في إطار السيارة.

التفكير المتطرف؛ إما أبيض أو أسود: لا يستطيع المريض التفكير إلا من منظور الكل أو لا شيء. الناس إما أن يكونوا طيبين أو سيئين، التصرف إما أن يكون صوابًا أو خطأ، أي تفسيرات أخرى محتملة غير موجودة ببساطة. على سبيل المثال، قد يظن المريض أن الشخص العاطل عن العمل لا قيمة له.

التفكير بهذه الطريقة يحفِّز تصرفات الوالد المعاقب و/أو المنفصل الحامي. يمكن الطعن في هذا المنطق في المذكرات المعرفية أو أثناء الجلسة بمساعدة الحوار السقراطي مع التقنيات المعرفية المعقدة الموصوفة أدناه.

إن أهم مشكلة معرفية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية هو ميلهم إلى التفكير المتطرف. غالبًا لا يقود هذا إلا إلى حلول غير مدروسة تجلب معها العديد من الصراعات، بالإضافة إلى المشاعر الحادة.

تساعد الأساليب المعرفية على تنمية طريقة تفكير أكثر تفهمًا ومرونة، والتأقلم مع التفكير المتطرف.

أهم التقنيات في تدريب الفرد على التفكير بطريقة أكثر مرونة هي التقييم على مقياس النظير البصري، والتقييم متعدد الأبعاد، والمخطط الدائري، ونسخ ثنائية الأبعاد للصلة المفترضة، والمحكمة، واختبار سيرة المريض، ودائرة الرقابة الذاتية (Farrell & Shaw, 2012). من التقنيات المختلفة لتشجيع الآراء وتعزيز المخططات الصحية هناك صنع البطاقات التعليمية ودفتر التسجيل الإيجابي. سيتم وصف جميع التقنيات بإيجاز، ويمكن العثور على أوصاف مفصلة لها في (Beck 1995) و (Beck, Davis, and Freeman 2015) و (Dobson and Dobson 2018).

الحوار السقراطي

للتفريق بين ردود الفعل المبررة والمبالغ فيها، يحسن بالمعالج مناقشة أفكار المريض بمساعدة الحوار السقراطي. يتضمن الحوار السقراطي بين المريض والمعالج السماح للمريض باكتشاف أكثر من تفسير ممكن للموقف. خلال هذا الحوار، يستخدم المعالج الأسئلة المفتوحة بشكل متكرر، باستخدام أدوات الاستفهام «من» و«ماذا» و«متى» و«أين» و«لماذا» و«كيف». هدفه هنا هو تشجيع المريض على تمييز أفكاره المختلة وتفنيدها.
ومن أمثلة الأسئلة الشائعة:

- كيف تعرف هذا؟ ما الحقائق التي تدعم هذه الحجة؟ ما الحقائق التي تعارضها؟
- كيف يعمل هذا؟
- كم مرة حدث هذا؟
- ما رأي المحيطين بك في هذا الأمر؟
- تخيل أن هذا يحدث بالفعل، ما الشيء السيئ حقًّا في هذا الأمر؟
- إذا حدث هذا، فماذا يمكنك أن تفعل حياله؟

للمشاركة بنجاح في الحوار السقراطي، يجب أن يكون المريض قد طور صيغة الراشد السليم بشكل كاف. هذا ضروري ليستطيع التفكير في تفسيرات بديلة. هذا هو أحد الأسباب الرئيسية التي تجعل مرضى اضطراب الشخصية الحدية عاجزين عن الحوار السقراطي خلال المرحلة الأولى من العلاج. بمجرد أن تصبح صيغة الراشد السليم أقوى، يمكن للمعالج أن يمنح المريض التكليف المنزلي، مثل سجل اليوميات المعرفية، وتحدي المواقف الصعبة، والتفسيرات البديلة (انظر الجدول 6 .2). عند الانتهاء من اليوميات المعرفية في الجدول (6 .2)، يمكن للمريض الاستمرار في ملء الجدول (6,3). ومع ذلك، هذا ليس ضروريًّا إذا أصبحت البدائل واضحة.

التقييم بمقياس النظير البصري

عندما لا يفكر المريض إلا من المنظور المتطرف في نفسه والآخرين، يمكن تعليمه تقدير الفروق الدقيقة المختلفة على مقياس النظير البصري. ينتقل هذا المقياس من الطرف الأول (غبي) إلى أقصى الطرف الآخر (ذكي). يرسم المعالج خطًّا على

الجدول (6 .2) مذكرات معرفية للصيغ (انظر أيضًا الملحق ب)

الموقف (ما الذي أثار ردة فعلي؟)
أخبرتني خطيبتي بأنها تضايقت لأنني تركتها تنتظر نصف ساعة.

الشعور (كيف شعرت؟)	قوة الشعور
الخوف	80
التفكير (فيم فكرت؟)	المصداقية
خطيبتي لم تعد تحبني وستتركني.	90

السلوك (ماذا فعلت؟)
لم أقل شيئًا.

جوانب نفسي الخمسة
ما الجانب الذي كان مسيطرًا في هذا الموقف؟ ضع خطًا تحت الجوانب التي تميزها وصفها.

1. المنفصل الحامي: *لم أستطع التعامل مع فكرة فقدانها.*
2. الطفل المهجور/المساء معاملته: *الخوف من الهجر.*
3. الطفل الغاضب/المندفع:
4. الوالد المعاقب: *لا يمكنك فعل شيء على النحو الصحيح.*
5. الراشد السليم:

نزاع الأفكار (اطرح أسئلة مهمة حول أفكارك)
مؤشرات تدل على أن خطيبتي لم تعد تحبني وستتركني:
أخبرتني بأنها تضايقت لأنني تركتها تنتظر نصف ساعة.
في البداية لم تصدق أنه لم يكن هناك شيء يمكنني القيام به حيال ذلك؛ لأن أمي اتصلت وبدأت في الشكوى من كل شيء. لم نحدد موعدًا جديدًا لرؤية بعضنا.
مؤشرات تدل على أن خطيبتي تحبني:
بعد أن انتهينا من الحديث عن تأخري، تعاملت بلطف كما هي في العادة. حين حان موعد العودة، أخبرتني بأننا يجب أن نرى بعضنا البعض مرة أخرى قريبًا.
ماذا قد يقول شخص آخر عن هذا؟
ينبغي ألا أهول الأمر لأنني أعرفها منذ أربع سنوات وفي المواقف السابقة عندما كانت تغضب مني لم تقطع علاقتنا.
أفكار بديلة
من المنطقي أنني لم تعجبني انتقاداتها، لكنني لست بحاجة إلى افتراض الأسوأ في مثل هذه المواقف.

السبورة أو الورقة ويكتب «غبي» (0) على اليسار، و«ذكي» (100) على اليمين. إذا ظن المريض أنه «غبي» يطلب المعالج أن يقيم نفسه بالتأشير على المكان الذي يرى أنه يمثله بين الطرفين في المقياس. بعبارة أخرى، إلى أي درجة يظن أنه «غبي»؟ في الغالب، سيختار 0 أو ما يقرب من 0. على المعالج أن يتبع ذلك بمطالبة المريض بتقييم الأشخاص الآخرين الذين يعرفهم على المقياس نفسه.

الجدول (6.3) بقية مذكرات الصيغ المعرفية (انظر أيضًا الملحق ب)

رد الفعل المبرر
أزعجني انتقادها لي، ومن الجيد أنني اعتذرت.
المبالغة (ما ردود الفعل المتطرفة هنا؟)
كيف أبالغ في ردة فعلي أو أرى الموقف من منظور خاطئ؟
بالغتُ في رد فعلي حين تخيلت أنها لم تعد تحبني وأنها ستقطع علاقتها بي.
ما الذي فعلته قد جعل الموقف أسوأ؟
تأكد الحامي من أنني وضعت مسافة بيني وبين خطيبتي، وبسبب ذلك لم تكن الأمسية سارة بالقدر الذي كان مفترضًا أن تكون عليه.
رد الفعل المطلوب (كيف تصبح قادرًا على التعامل مع مثل هذا الموقف؟)
من المنطقي أنني لم تعجبني انتقاداتها، لكني لم أكن بحاجة إلى افتراض الأسوأ.
ما أفضل طريقة للتعامل مع مثل هذا الموقف؟
كان بإمكاني أن أخبرها بأن لديَّ مشكلة في التعامل مع الموقف ككل، وبما كنت أخشاه حقًّا، بحيث يتسنى لنا التحدث عنه.
الشعور
الارتِياح

م ث نورا ج ن
0 ----- x ----- x ----- x ----- x ----- x ----- 100
غبي ذكي
م: ابن عم معاق عقليًّا
ث: صديقة أكملت المرحلة الثانوية (المستوى المتوسط)
ج: صديقة تدرس في الجامعة
ن: حائز على جائزة نوبل

الشكل (1.6) مثال لمقياس النظير البصري

الغرض منه أن يقيم نفسه مرة أخرى على هذا المقياس، ويشجعه على إيجاد مثالين للتطرف (أي شخص ذكي جدًّا وشخص غبي جدًّا) ثم تقييم أفراد مختلفين في مكان ما بين هذين النقيضين (انظر الشكل 6 . 1). بهذه الطريقة، يكتشف أنه لا ينتمي إلى أقصى طرف المقياس على عكس ما أظنه عند بدء التمرين. في حالة نورا فقد أكملت المدرسة الثانوية (توجد في هولندا مستويات مختلفة من المدرسة الثانوية: المستوى المتوسط والمستوى الأعلى والمستوى ما قبل الجامعي. وفي النهاية وضعت نفسها في الوسط).

التقييم متعدد الأبعاد

حين يقيس المريض صورته عن نفسه أو الآخرين باستخدام بُعد واحد (مثل: أنا لست لطيفًا؛ لأنني ليس لديّ أصدقاء)، على المعالج، جنبًا إلى جنب مع المريض، وضع لائحة

بالخصائص الأخرى التي تجعل الشخص ذا قيمة. يمكنهما أيضًا وضع لائحة بالخصائص التي تجعل الشخص غير ذي قيمة. لا شك أن المريض سيذكر الأبعاد التي «تثبت» أنه ليس لطيفًا (ليس لديه أصدقاء. يصعب عليه تكوين علاقات اجتماعية. يخشى التحدث في المواقف الاجتماعية). على المعالج أن يدون وراءه هذه الأبعاد، وفي الوقت نفسه يحفز المريض على التفكير في أبعاد أكثر للفئة «اللطيفة». يقوم بذلك عن طريق سؤاله عما يعجبه في الآخرين ثم التفكير في الخصائص التي تجعل الشخص «لطيفًا» (أو «غير لطيف»). بمجرد العثور على خصائص و/أو أبعاد كافية، يتم تقييم المريض على مقياس مرئي بحيث يمثل الطرف الأول صفر (غياب الخاصية تمامًا) وأقصى الطرف الآخر مائة (وجود الخاصية في أقوى صورة لها) (انظر الشكل 6 .2). بعدها، يمكن للمريض تقييم من يعرفهم على هذه المقاييس (الشكل 6 .3). يتضمن الجزء الأخير من التمرين تقييم المريض لنفسه بناءً على هذه الأبعاد المختلفة (انظر الشكل 6 .4). يمكن للمعالج تعزيز التأثير من خلال اقتراح أشخاص مشهورين لا يعرفهم المريض شخصيًا ولكن معروف عنهم أنهم ليسوا لطفاء (مثل: القتلة المتسلسلين أو مجرمي الحرب). عندما يتم تطبيق هذه الطريقة بنجاح، سينتهي المرضى إلى تكوين صورة أكثر دقة وإيجابية عن نفسه مما بدأ به (انظر الشكل 6 .4).

انظر: (Schema Therapy Step by Step 2.10 Punitive Parent—Cognitive Technique)

1. جعل المفهوم المجرد ملموسًا

0/	/100
لطيفة ---ن--- نورا	غير لطيفة
لا يوجد أصدقاء	كثير من الأصدقاء
لا يمكن أن تتعايش مع أي شخص	يمكن أن تتعايش مع الجميع
لا تفعل أي شيء للآخرين	تفعل أي شيء من أجل الآخرين
لا يمكنها العمل مع الآخرين	تعمل بشكل جيد مع الآخرين
في مزاج سيئ دائمًا	لا تكون في مزاج سيئ أبدًا
إلى آخره	

الشكل (6 .2) التفكير في الأبعاد المختلفة

2. تقييم الآخرين بناء على هذه المستويات (بما في ذلك الحالات شديدة التطرف، مثل الشخصيات العامة)

0/-----م----------------------------------ج-------ث----- /100

لا يوجد أصدقاء — كثير من الأصدقاء

0/----م----------------------------------ج-------ث----- /100

لا يمكن أن يتعايش مع أي شخص — يمكن أن يتعايش مع الجميع

0/--------------------------ج----------------------ج---ث---- /100

لا يفعل أي شيء للآخرين — يفعل أي شيء من أجل الآخرين

0/--ق------------------------ث------------------------ج---- /100

لا يمكنه العمل مع الآخرين — يعمل بشكل جيد مع الآخرين

0/-------------ج---------------ق-----------------------ث---- /100

في مزاج سيئ دائمًا — لا يكون في مزاج سيئ أبدًا

إلى آخره

الشكل (6 .3) تقييم الآخرين وفقًا للأبعاد

3. تقييم المريض لنفسه على المقاييس

0/---------م-------ن-------------------------ج--------ث---- /100

لا يوجد أصدقاء — كثير من الأصدقاء

0/---------م------------------------------------ج------ن--ث-- /100

لا يمكن أن يتعايش مع أي شخص — يمكن أن يتعايش مع الجميع

0/----------------------------ج---------------------ن--ق---ث-- /100

لا يفعل أي شيء للآخرين — يفعل أي شيء من أجل الآخرين

0/---ق-------------------------ث------ن------------------ج---- /100

لا يمكنه العمل مع الآخرين — يعمل بشكل جيد مع الآخرين

0/------------------ج--------------ق--------ن------------------ث--- /100

في مزاج سيئ دائمًا — لا يكون في مزاج سيئ أبدًا

4. **ترجمة الاستنتاج بحسب المقياس الأول**

0/-----------------------------م--ج-----------ن---------ث----- /100

لطيف نورا غير لطيف

الشكل (4.6) تقييم نفسك وفقًا لبُعد معين

نسخ ثنائية الأبعاد للارتباطات المفترضة

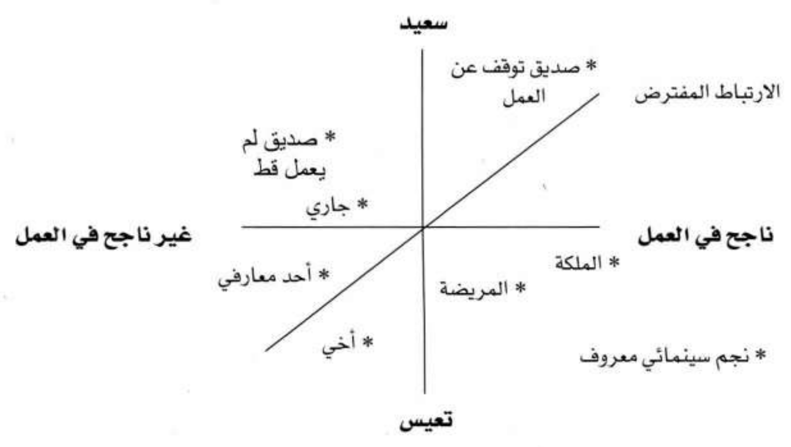
عندما يظن المريض أن هناك عاملين مرتبطين بشكل منطقي، يمكن للمعالج اختبار هذه النظرية لمعرفة ما إذا كان هناك ارتباط فعلي بين هذين العاملين. في هذه الحالة، تكون النسخ ثنائية الأبعاد هي الأكثر فائدة. كان الاعتقاد الخطأ بأن «النجاح في العمل يؤدي إلى السعادة» موضوع متكرر مع نورا خلال الجلسات العلاجية. إذا كانت العبارة «الشخص الأنجح في العمل يكون أسعد» صحيحة، فيجب أن يكون موقع جميع الأفراد بالقرب من الخط المائل في الشكل (5. 6). عندما حاولت المريضة تقييم أكبر عدد ممكن من الأشخاص على هذا المقياس ثنائي الأبعاد، أصبح الارتباط المفترض سابقًا أضعف مما كانت تظن في الأصل. بدأت تدرك أن السعادة تستند إلى عوامل أخرى غير النجاح في العمل. في الواقع، الشخص الوحيد الذي انتهى به الأمر مباشرة على الخط المائل هو شقيقها مدمن الهيروين الذي لم يعمل قط.

المخطط الدائري

يساعد المخطط الدائري في تصور مستوى تأثير الحدث أو الخاصية على وجه العموم.

وتكون هذه الطريقة مفيدة بشكل خاص مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية الذين لديهم ميل إلى المبالغة في تقدير مستوى تأثيرهم كأشخاص في المواقف التي تسوء. أولًا: يجب أن يفكر المريض في الأشخاص والعوامل المؤثرين على الموقف أو اللاعبين المؤدين دورًا مهمًّا فيه. يجب أن يشجع المعالج على التفكير في أكبر عدد ممكن من العوامل. بعد ذلك، يطلب منه أن يحمّل كل شخص أو عامل جزءًا من «اللوم» في المخطط الدائري. ثم يرسم مخطط الدائرة والنسب المئوية للتأثير. حين يضع المريض الجزء الخاص بتأثيره على المخطط أخيرًا سيكتشف أنه ليس مسئولًا بالكامل، على عكس ما توهمه في البداية عندما رأى أن مسئوليته تقدر بنسبة 100% (انظر

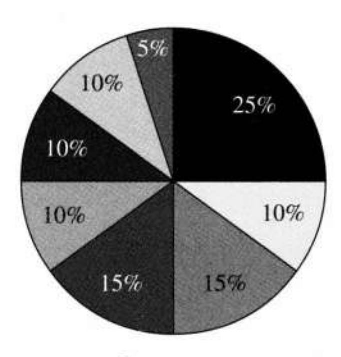
الشكل 6,6). إن وضع مساهمة المريض في منظورها الصحيح له تأثير إضافي يتمثل في إضعاف الوالد المعاقِب بداخله.



الشكل (6.5) تمثيل ثنائي الأبعاد للعلاقة المفترضة بين السعادة والنجاح في العمل

تقنية المحكمة

هناك طريقة أخرى لتوجيه «اللوم» أو «إبراء الذمة» في موقف معين وهي تقنية المحكمة. هذا شكل من أشكال لعب الأدوار، حيث يلعب المريض دور المدعي العام ويلعب المعالج دور المحامي الذي يقدم الحجج ضد المدعي العام. إذا نجحت هذه الطريقة، يمكن تبديل الأدوار بحيث يصبح المريض هو المحامي والمعالج هو المدعي العام. في بعض الأحيان يكون من المفيد أن يلعب المريض دور القاضي الذي يصدر الحكم بعد الاستماع إلى حجج المدعي العام والمحامي. هذه التقنية مشابهة لتقنية كرسيين أو أكثر (انظر الفصل 5)، ومع ذلك، فإن تقنية المحكمة موجَّهة نحو الأفكار المختلة بينما تقنية الكرسيين موجهة نحو المشاعر والصيغ.



1. كان الأب مدمنًا الكحول ولم يفعل شيئًا (25%)
2. كان الأخ يعاني مشكلة خطيرة في أمعائه (10%)
3. لم تستجب وكالة خدمات حماية الطفل إلا بعد فوات الأوان (15%)
4. قام الأخ بعدة محاولات للتخلص من الإدمان، لكنه فشل فيها كلها. (15%)
5. تأخر أصدقاء الأخ في استدعاء الطبيب (10%)
6. التاجر باع له مخدرات أقوى (10%)
7. كانت زوجته قد انفصلت عنه للتو ولم يعد يرغب في العيش (10%)
8. طردته نورا بعد أن سرق منها نقودًا (5%)

الشكل (6.6) توفي أخ نورا بسبب جرعة زائدة من الهيروين عندما كانت في السادسة عشرة من عمرها. كانت نورا مقتنعة بأن هذا خطؤها بالكامل؛ لأنه خلال تلك الفترة من حياته، كان عليها أن تعتني بإخوتها وأخواتها. بعد إعداد قائمة بالأشخاص والعوامل المسئولة، وضعت هذا المخطط الدائري.

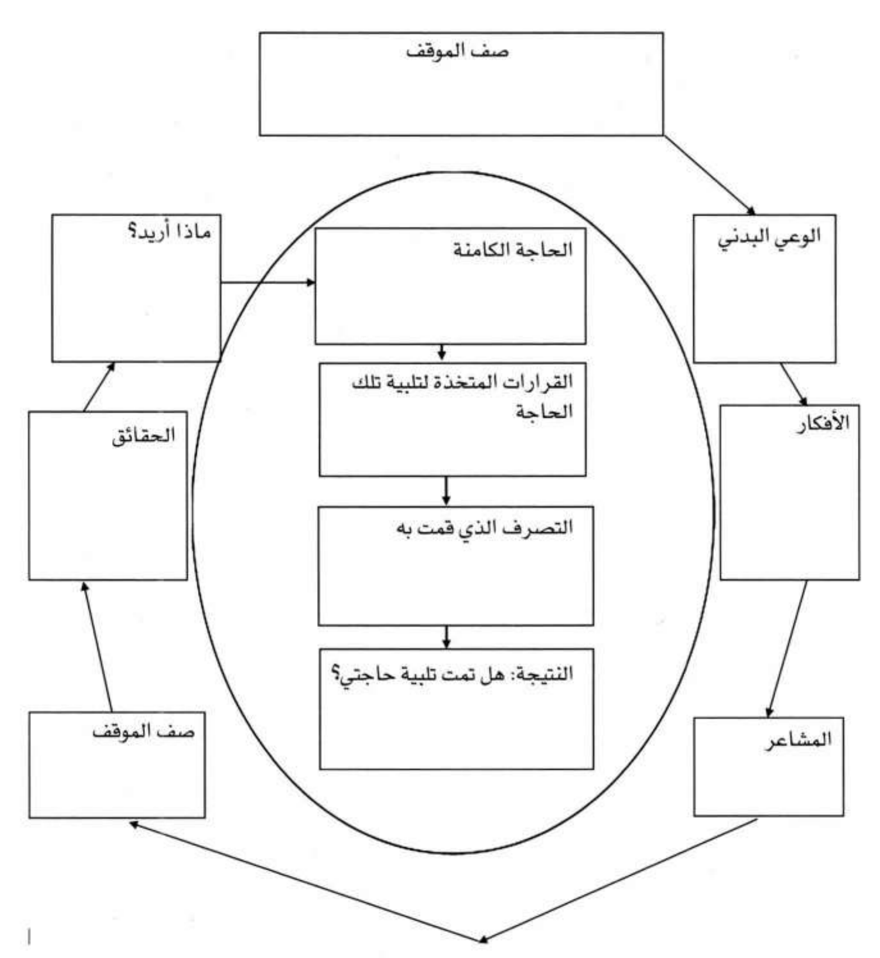
اختبار سيرة المريض

تنشأ مخططات المريض وتتطور في وقت مبكر خلال طفولته. لهذا السبب، تتعرض صورته الذاتية للتشويه خلال القسم الأكبر من حياته. ولذا فإن اختبار سيرة المريض تقنية تستهدف تعديل الصورة الذاتية الخاطئة لدى المريض بناءً على تجاربه السابقة. غالبًا ما يكون لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية فكرة أنهم سيئون وبلا قيمة، وأنهم كانوا دائمًا على هذا النحو. على المعالج اختبار هذه النظرية من خلال العودة إلى كل مرحلة من حياة المريض، واختيار هذه المراحل بطريقة تتوافق مع مراحل النمو الطبيعية بشكل أو بآخر. يقوم المريض أولًا بجمع معلومات حول مراحل النمو الطبيعي للأطفال. بعد ذلك، يتم تحليل المواد المختلفة، مثل الصور الفوتوغرافية وأشرطة الفيديو ومقاطع الفيديو، والتقارير المدرسية، والتقارير الواردة من وكالة

خدمات حماية الطفل والرسائل والتي إما تدعم أو تدحض الحجة القائلة بأن المريض كان شخصًا سيئًا دائمًا حتى وهو مجرد طفل (انظر الملحق د). هنا من المهم بشكل خاص التركيز على السنوات القليلة الأولى من حياة المريض. يظن العديد من المرضى أنهم كانوا سيئين منذ لحظة ولادتهم. من خلال تأمل صوره وهو طفل، يختبر المعالج والمريض هذه النظرية. بالطبع لا يوجد أي شيء يشير إلى أن الطفل الذي يظهر في الصورة طفل «سيئ». وبالطريقة نفسها يتم فحص التقارير المدرسية وغيرها بعناية مع إيلاء اهتمام خاص لتعليقات المعلمين. وإذا كان ذلك ممكنًا، يجب سؤال أفراد الأسرة والجيران والمعلمين ومقدمي الرعاية القدامى عن المريض في ذلك الوقت. غالبًا ما يواجه المريض مشكلة كبيرة في القيام بذلك، لأنه مقتنع بأنه سيواجه أدلة دامغة على أنه شخص «سيئ» حقًا. من النادر أن يحدث هذا في التطبيق العملي. بشكل عام، كان المحيطون بالمريض في ذلك الوقت يعرفون أن هناك خطأ ما في الأسرة، لكنهم لاقوا صعوبة في التدخل. كل هذا مفيد بشدة في بناء المريض صورة ذاتية أكثر دقة عن نفسه، وغالبًا ما ينمي فهمًا أكبر للطفل الصغير الذي كان عليه في الماضي. من خلال القيام بذلك، يرى بشكل أوضح الدور القوي الذي لعبه والداه وصدمات مرحلة الطفولة في تكوين مشكلاته (لاحقًا). هنا يسهل عليه التخلص من صيغة المعاقِب وتقديم المزيد من الدعم لصيغة الطفل المهجور.

دائرة الرقابة الذاتية

عندما لا يفهم المريض سبب استيائه من الموقف، يمكنه تكوين دائرة رقابة ذاتية (انظر الشكل 7.6) تتضمن احتياجاته ومشاعره. قبل وضع الدائرة، يجب وصف الموقف. تبدأ الدائرة بالأسئلة: «بماذا أشعر في بدني؟»، و: «ما رأيي؟»، و: «بماذا أشعر؟». في كثير من الحالات تكون الأفكار مختلة والمشاعر سلبية. تصف الخطوات التالية المخططات والصيغ المتضمنة في ذلك والحقائق التي حدثت بالفعل (بشكل موضوعي) و ما يريده المريض. يصف الجزء الأخير من الدائرة الموضوعات الموجودة في منتصف الدائرة من أعلى إلى أسفل. الآن يمكن وصف الحاجات بسؤال: «ما الذي أحتاجه؟»، والطرق التي كان يمكن أن تساعد المريض على تلبيتها بسؤال: «ما الذي كان بإمكاني فعله لتلبية هذه الاحتياجات؟». في النهاية يصف المريض ما فعله في الواقع كإجابة لسؤال: «ماذا فعلت؟» وماذا كانت النتائج «ما تأثير أفعالي؟». انظر: (Schema Therapy Step by Step 2,12 Vulnerable Child—Circle Diary Form).



الشكل 6 .7 دائرة الرقابة الذاتية. مستمدة من (Farrell and Shaw، 2012)

البطاقات الإرشادية

غالبًا ما تطل صيغة الوالد المعاقِب برأسها في كل مرة يواجه فيها المريض موقفًا مزعجًا في حياته. تعمل البطاقة الإرشادية مساعدًا للذكرى حيث تساعد المريض في التعامل مع الموقف المزعج. يكتب المريض على أحد جانبي البطاقة وجهة نظر الوالد المعاقب («أشعر بالذنب، كل شيء حدث بشكل سيئ هو خطئي وحدي. هذا هو ما يقوله الوالد المعاقب). على الجانب الآخر من البطاقة، يكتب المريض وجهة نظره الجديدة الأكثر دقة/اتزانًا/مرونة («أشعر بالذنب، لكن هذا لا يعني أنني مذنب. قد تكون هناك

أسباب أخرى لهذا الموقف السيئ. ربما سوء الحظ أو ربما شخص آخر هو السبب. حتى عندما أخطئ، هذا لا يعني أنني مذنب في كل شيء. الوالد المعاقِب يبالغ ولا أحتاج إلى صوته الآن»).

سجل الإيجابيات

هناك طريقة أخرى لتعزيز المخططات التي تم تشكيلها حديثًا وهي سجل الإيجابيات. يميل المصابون باضطراب الشخصية إلى الانتقائية الشديدة في ذكرياتهم ويتذكرون فقط التجارب التي تعزز مخططاتهم القديمة المختلة. لهذا السبب، يستفيد المريض من سجلاتهم لمدة طويلة حيث يتتبع التجارب والحقائق التي تعارض مخططاته القديمة وتدعم الجديدة (انظر الملحق ج). في البداية يحتاج المرضى إلى قدر كبير من الدعم عند استخدام هذه الطريقة؛ لأنهم يلاقون صعوبة في التفكير في أشياء إيجابية. ينسى المرضى تضمين المواقف اليومية الصغيرة مثل طهي وجبة لذيذة أو قضاء ساعة في صالة الألعاب الرياضية، على الرغم من حقيقة أن هذه المواقف تسهم في تكوين صورة إيجابية عن الذات. يظن معظم المرضى أنه لا يمكنهم كتابة تجربة إيجابية في السجل إلا إذا كانت استثنائية، مثل الحصول على وظيفة جديدة أو رعاية شخص مريض لمدة أسبوع؛ لذلك فإن عناصر مثل كتابة طلب للحصول على وظيفة أو القيام بالتسوق من أجل شخص مريض هي التي تجد لها مكانًا في سجل الإيجابيات. يميل المرضى أيضًا إلى عدم تضمين المواقف التي كانت استجابتهم فيها جيدة؛ لأن النتائج لم تكن كما يتمنون (سواء عن طريق المصادفة أو بسبب تأثير الآخرين). على سبيل المثال: قد تخبر نورا زوجها بأنها تضايقت لأنه لم يحضر في الموعد المحدد. حين يرد زوجها بطريقة فظة تنزعج نورا وتشعر بأنه لا ينبغي وضع هذا الموقف في سجل الإيجابيات. هنا على المعالج أن يوضح أن حقيقة تجرؤها على قول ما لا تقوله في العادة تصرف إيجابي، وتجب إضافته إلى سجل الإيجابيات. طالما كان المريض يحتفظ بسجل للإيجابيات، فعلى المعالج أن يسأله عنه في كل جلسة. إذا لم يفعل، فسيتلاشى اهتمام المريض بالسجل.

تعد إضافة الأساليب المعرفية إلى الأساليب التجريبية وسيلة قوية لإحداث التغيير. على الرغم من أن الفصل الخاص بالأساليب المعرفية قصير نسبيًّا في هذا الكتاب، فإن هذا لا يقلل بأية حال من الأحوال من أهمية العمل المعرفي في هذا النوع من العلاج. المعالجون الذين لم يتلقوا تدريبًا على الأساليب المعرفية غالبًا ما يفتقرون إلى مهارات مهمة في استخدام العلاج التخطيطي. يتضح هذا بشكل خاص في تقنيات مثل التعبير اللفظي، وتحويل المفاهيم النظرية إلى مواقف ملموسة ونزاع المخططات،

فضلًا عن صياغة مخططات صحية جديدة. الأهم هو قدرة المعالج على تعليم مريضه هذه التقنيات. يحتاج المريض إليها لتعديل أفكاره والتعامل مع المواقف الصعبة في المستقبل بطريقة أفضل.

أما طرق ترجمة الأفكار الصحية إلى صيغ سلوكية صحية، فموصوفة في الفصل 7 وكذلك في قسم كسر أنماط السلوك في الفصل 11.

الأسئلة المتداولة حول الأساليب المعرفية

ماذا لو استجاب المريض بقوله: «أرى ما تقصده، لكنني أشعر بالعكس»؟

هذه مشكلة شائعة في تطبيق الأساليب المعرفية عند علاج اضطراب الشخصية الحدية، لكن بالجمع بين الأساليب المعرفية والأساليب التجريبية، يمكن دمج الرؤى المعرفية على المستوى الشعوري. على سبيل المثال: إذا استوعب المريض أنه ليس مسئولًا عن الخطأ، لكنه يشعر بالعكس، يمكن أن تتمثل الخطوة التالية في استخدام تقنية الكراسي المتعددة لمعرفة الصيغة المرتبطة بغياب هذا الشعور، ومن ثم المضي قدمًا والحصول على رؤية جديدة متكاملة (مثل: مقاومة صيغة الوالد المعاقِب أولا، ثم طمأنة صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته بأن اللوم لا يقع عليه). وبالمثل، يمكن استخدام التخيل وكتابة الرسائل لمساعدة المريض على اختبار الرؤية الجديدة.

ماذا لو لم يمتثل المريض للتكليف المعرفي الذي طلبه المعالج منه، مثل بدء دفتر يوميات؟

بادئ ذي بدء، على المعالج تجنب بدء معركة على السلطة («العلاج يتضمن تكاليف منزلية، إذا لم تقم بها، فلن ينجح العلاج»). بدلًا من ذلك، على المعالج أن يبدي اهتمامه بمعرفة الصيغة التي تمنع المريض من أداء التكليف المنزلي. بعد ذلك يتم التعامل مع هذه الصيغة بإحدى التقنيات المشار إليها. لا تتوقع من مرضى اضطراب الشخصية الحدية القيام بالتكليف المنزلي بشكل منتظم. غالبًا لا يكون مستوى أدائهم مرتفعًا بما يكفي لتمكينهم من إكمال التكليف المنزلي بانتظام. إنهم عادة ما يحتاجون إلى الشعور بتحسن عاطفي أولًا (بتلبية احتياجات الطفل المهجور/المساء معاملته، وإسكات صوت الوالد المعاقِب) وفي وضع سليم أفضل (بتنمية الراشد السليم بداخلهم)، قبل أن يتمكنوا من أداء التكليف المنزلي على أساس منتظم.

7

الأساليب السلوكية



لا يتغير السلوك لمجرد أن المريض نمَّى رؤى جديدة. التفكير والشعور المختلف لا يترجم دائمًا إلى سلوك مختلف تلقائيًّا. لتعلم سلوكيات جديدة، يجب تعلم مهارات جديدة. يمكن استخدام الأساليب السلوكية عندما يفتقر المريض إلى المهارات اللازمة لترجمة الأفكار الجديدة إلى سلوكيات جديدة. وقد تمت مناقشة الأساليب السلوكية المستخدمة في العلاقة العلاجية بإيجاز في الفصل 4.

لمزيد من التفسيرات المتعمقة لهذه الأساليب، نحيل القارئ إلى مجموعة واسعة من المؤلفات حول العلاج السلوكي، بالإضافة إلى الجلسات المهنية في العلاج السلوكي. فيما يلي ملخص للأساليب القابلة للتطبيق مع وصف موجز لاستخدامها. من المهم أن ندرك أن هذه الأساليب مفيدة فقط عندما يكون المريض قادرًا على معايشة صيغة الراشد السليم. عندما تتطور هذه الصيغة بشكل كافٍ، سيقر المريض بأن له الحق في آرائه واحتياجاته الخاصة. لكن المعالج سيفشل إذا حاول تدريب المريض على مثل هذه المهارات في وقت مبكر جدًّا؛ لأن صيغة الوالد المعاقِب و/أو الحامي سيتداخلان مع العملية العلاجية باستمرار («لا يمكنني القيام بذلك») ما يقود إلى تثبيط أثر العلاج. على المعالج أن يشجع المريض على تجربة السلوكيات المكتسبة حديثًا ليس أثناء الجلسات فقط، بل في الحياة اليومية أيضًا (انظر الفصل 11).

التجارب

التجارب هي التطور الطبيعي لأساليب العلاج المعرفي التي تمت مناقشتها في الفصل السابق، حيث يمكن للمريض من خلالها اختبار الأفكار المكتسبة حديثًا بنشاط (انظر الملحق هـ).

عندما يتوصل المريض إلى استنتاج مفاده أن بعض الآراء المختلفة لا تكون صحيحة، فقد يبدأ في الشك مرة أخرى لاحقًا. يعد اختبار الآراء الجديدة مقابل الآراء القديمة في التجارب إحدى الطرق لتعزيز مخططات المريض الجديدة وفي الوقت نفسه إضعاف مخططاته القديمة. يناقش المعالج والمريض الخطوات التي يجب على المريض اتخاذها لمعرفة أي من المخططين يعتبر الأدق. يميل العديد من المرضى إلى التعامل مع المواقف من خلال صيغة الحامي ولا يعتادون الاهتمام باحتياجاتهم. إنهم يتجنبون إظهار احتياجاتهم بسبب خوفهم من التعرض للرفض مرة أخرى (الشيء الذي حدث لهم كثيرًا في الماضي). تساعدهم التجربة على التركيز على التعبير عن احتياجاتهم معظم الوقت. يقوم كل من المعالج والمريض بتحديد عدد من المواقف الملموسة التي يمكن للمريض القيام فيها بذلك. يجب أن يحتفظ المريض بسجل مفصل لما يحدث في اللحظة التي يعبر فيها عن حاجته أو شعوره أو رأيه. بعد بضع تجارب، يجب إجراء تقييم واكتشاف أن الرفض المخيف لا يحدث (أو نادرًا ما يحدث). هذا الاستنتاج يضعف مخططاته المختلة.

بسبب ماضي المريض وافتقاره إلى الخبرات الصحية، غالبًا ما يكون من الضروري تدريبه على السلوكيات الصحية قبل بدء التجربة.

التدريب على المهارات ولعب الأدوار

كما ذكرنا سابقًا، يفتقر مرضى اضطراب الشخصية الحدية إلى العديد من المهارات الاجتماعية التي يعتبرها معظم الناس مفروغًا منها. إنهم لم يتعلموا هذه المهارات قط وإذا امتلكوها لا يستخدمونها بسبب المنفصل الحامي. هذا له تأثير قوي على كيفية التعبير عن الغضب والبحث عن المحبة. قبل أن يواجه المريض موقفًا جديدًا، من الضروري شرح السلوك المقبول في هذا الموقف وكيفية تطبيقه. غالبًا ما يذكر مرضى اضطراب الشخصية الحدية أنهم ربوا أنفسهم بأنفسهم من خلال مشاهدة الآخرين، وهذه هي الطريقة التي تعلموا بها التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة. جعل هذا معرفتهم واستخدامهم للمهارات الاجتماعية كافيًا جزئيًا أو غير كافٍ إطلاقًا. باستخدام التدريب على المهارات الاجتماعية ولعب الأدوار، يمكن تعلم هذه المهارات.

يمكن استخدام التدريب على المهارات الاجتماعية ولعب الأدوار كوسيلة لإعداد المريض للمواقف الجديدة. وبهذه الطريقة تزداد فرصه في بناء علاقات جديدة أفضل

وتعلم كيفية التصرف بشكل مختلف في العلاقات القائمة بالفعل. الجرأة على التعبير عن مشاعره والدفاع عن احتياجاته هما الهدف الرئيسي من هذه الطريقة.

حل المشكلات

يستحق حل المشكلات اهتمامًا خاصًّا في علاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية. يميل هؤلاء المرضى إلى التأرجح بين الاندفاع والاعتمادية عندما يتعلق الأمر بالتفكير في حلول للمشكلات. يتعلم المرضى أن يكونوا أقل اندفاعًا من خلال التدرب على إضافة «وقت للتفكير» في عملية حل المشكلات. من خلال القيام بذلك، يتعلم المرضى حل المشكلات عن طريق تقسيمها إلى أجزاء أصغر. يتبع ذلك التفكير في الحلول المختلفة الممكنة لكل جزء من المشكلة وتدوين إيجابيات وسلبيات كل حل محتمل. على المعالج أن يشجعه على التفكير في أكبر عدد ممكن من الحلول، وكذلك على عدم تجاهل أية احتمالات فقط بسبب تأثير الوالد المعاقِب أو الحامي. بمجرد إجراء تقييم شامل لتحديد الحل الأنسب، على المريض تجربته ثم تقييمه (انظر الملحق خ).

مناقشة السلوكيات الخطرة

مناقشة السلوكيات الخطرة موضوع متكرر في علاج مرضى اضطراب الشخصية الحدية. في بداية العلاج، تشمل الموضوعات محاولات الانتحار، وإيذاء النفس (انظر الفصل 8: «الانتحار وإيذاء النفس»)، وتعاطي المخدرات. يتبع ذلك موضوعات أخرى، مثل دخول المريض في علاقات ضارة، ما يؤدي إلى عودته إلى المخططات القديمة المختلة. يجب الاستمرار في حث المرضى على وقف السلوكيات الضارة ومناقشة البدائل التي لها التأثير نفسه على مشاعر القلق والعناد والغضب. على سبيل المثال: يمكن تشجيع المرضى على تجربة بدائل، مثل أخذ حمام دافئ وتناول كوب من الحليب بدلًا من الكحول عندما يصبح متوترًا. بالإضافة إلى ذلك، من المهم إجراء مناقشة منتظمة للعلاقة بين هذه السلوكيات والصيغ المختلفة التي تؤثر في هذه السلوكيات. ويجب أن يتبع هذا تطبيق التقنيات الملائمة. على المعالج ألا يتوقع تغيرًا سريعًا في سلوك المريض وألا يتفاجأ عندما تعود السلوكيات «القديمة» عندما يواجه موقفًا مزعجًا.

مناقشة السلوكيات الجديدة

يجب أن تقترن مناقشة السلوكيات الخطيرة أو الضارة - أي ما يجب على المريض اجتنابه - بمناقشة السلوكيات الجديدة. السلوكيات الجديدة هي البدائل الإيجابية للسلوكيات المختلة وهي مفيدة للمريض. هناك القليل الذي يمكن اكتسابه من نصح المريضة بتجنب زوجها الذي أهملها بشدة، إذا لم يتم إيلاء اهتمام لسؤال المريضة عمن يجب أن تلجأ إليه للحصول على المساعدة وكيف ينبغي أن تطلبها. يواجه المريض صعوبة في تقييم الآخرين بنجاح بينما يكون لديه في الوقت نفسه الاستعداد لاختيار الأشخاص الخطأ كنوع من التأكيد على مخططاته المختلة. بمجرد أن ينمي المريض جانبًا صحيًّا (قويًّا) متمثلًا في الراشد السليم، ستتحسن قدرته على الحكم على الآخرين.

يجب ألا يقتصر السلوك البديل على سلوكيات الراشدين الجادة، بل تشمل السلوك المرح أيضًا. معظم المرضى لم يُسمح لهم قط باللعب والمرح. البدء بأشياء صغيرة مرحة، مثل الغناء تحت الدش والقفز في البرك تحت المطر، يمكن أن يقوي صيغة الطفل السعيد لدى المريض.

أما النصف الثاني من العلاج فموجه إلى مساعدة المريض في العثور على هواية أو دراسة أو وظيفة ملائمة. جزء من هذه العملية يتمثل في تكوين صداقات جديدة وبناء علاقات وثيقة أو علاج مشكلات العلاقة القائمة لتحسينها. إن إنشاء علاقات جديدة وأكثر حميمية صعب جدًّا على المرضى الذين تعرضوا لسوء المعاملة وهم أطفال ولا يثقون بالآخرين بشكل عام. تدريجيًّا يجب أن يتعلم الطفل المهجور/المساء معاملته التعبير عن نفسه أكثر فأكثر. إنه بحاجة إلى دعم في تعلم التعبير عن احتياجاته وإظهار المودة تجاه الأصدقاء. غالبًا ما تمثل صور المودة الملموسة، مثل العناق تهديدًا لمرضى اضطراب الشخصية الحدية لأن تجاربهم السابقة مع هذا النوع من المودة كانت غالبًا مرتبطة بالقوة أو الجنس أو العقوبة. لهذا السبب، يجب أن يبحث المعالج والمريض بعناية عن الأفراد الذين يمكن الوثوق بهم أثناء عملية تغيير السلوك. باستخدام التثقيف النفسي وتقديم المشورة للمريض، يجب أن يكون المعالج أقل تقييدًا بكثير مما هو عليه في أشكال العلاج الأخرى. يجب أن يقوم بذلك من منظور إصلاحي ويتطلع إلى دعم الأفضل للمريض. يجب أن يمنحه ببطء المزيد والمزيد من الاستقلالية في حياته، بالطريقة نفسها التي يمنح بها الوالد ابنه المراهق مزيدًا من المسئولية. يعتبر

العلاج مكتملًا عندما يتمكن المريض من بناء شبكة اجتماعية قوية نسبيًا والمشاركة في الأنشطة اليومية التي تعود بالفائدة عليه كشخص.

دون تطبيق الأساليب السلوكية، غالبًا ما تظل الأساليب المعرفية والتجريبية دون أساس في الحياة الحالية. يتمثل الخطأ الرئيسي في العديد من العلاجات في أنه بينما يتم تطوير رؤية ناضجة، لا يتم استخدامها بشكل فعال. لهذا السبب، تعد الأساليب السلوكية جزءًا لا غنى عنه من العلاج التخطيطي؛ لأنها تطبق النظرية المعرفية والتجريبية تطبيقًا عمليًا.

يركز الفصل التالي على عدد من الأساليب والتقنيات الموجهة لمواقف محددة.

الأسئلة المتداولة حول الأساليب السلوكية

كيف تعرف اللحظة الملائمة للبدء في الأساليب السلوكية؟

يمكن للمريض أن يبدأ بتعلم سلوك جديد في المرحلة الأولى من العلاج عن طريق تحفيز الطفل السعيد. يعتمد نجاح هذا من عدمه على تأثير الوالد المعاقِب. إذا كانت هذه الصيغة «تفسد» كل الجهود المبذولة لتجربة شيء جديد، فعلى المعالج أن يبذل الكثير من الجهد لإسكاتها.

عندما يصبح المريض قادرًا على لعب دور الراشد السليم في مواقف مختلفة خارج إطار الجلسات وأثناءها، يُنصح بالبدء بكسر أنماط السلوك. يحسن بالمعالج اختبار قدرة المريض على أداء السلوك الجديد من خلال لعب الأدوار باستخدام الموقف الحالي أو تخيل موقف في المستقبل القريب.

في المراحل اللاحقة من العلاج، حين لا يتخذ المريض قرارات صحية أو خطوات في مناحي حياته، مثل الصداقة والعلاقة العاطفية والهوايات والتعليم والعمل، يجب وضع هذه الموضوعات على جدول العلاج ومواجهة المريض بضرورة التغيير لبناء حياة أكثر إرضاءً وصحة. قد يتضح بعد ذلك أن هناك صيغة معينة تقف عائقًا أمام التغيير، ومن ثم تجب معالجة الصيغة مع دفع المريض لاتخاذ القرارات وتجربة السلوكيات الجديدة.

8

طرق وتقنيات محددة

التكليف المنزلي

لا يقوم مرضى اضطراب الشخصية الحدية بالتكليف المنزلي بطريقته «المعتادة» في العلاج السلوكي. عادة ما يحدث هذا نتيجة لعدم القدرة أكثر من عدم الرغبة. لهذا السبب، من الأفضل التوصية بالتكليف المنزلي بدلًا من طلبه، مع قبول عدم نجاح المريض في القيام به. من المهم النظر في الصيغ التي تؤثر على المريض وتمنعه من القيام بالتكليف المنزلي، ويحسن بالمعالج استخدام أدوات معينة لمساعدة المريض على القيام بالتكليف المنزلي و/أو الإبلاغ عما يتعارض مع القيام به (انظر الملحق ح). خلال الجلسات التي تلي التكليف المنزلي، من المهم أن تسأل المريض عنه بانتظام حتى لو لم يطرح هذا الموضوع. يجب أن تكون محتويات التكليف المنزلي مرتبطة بما تم أثناء الجلسة دائمًا. وهي يمكن أن تكون مرتبطة بأي من الموضوعات التالية:

الاستماع إلى الجلسات المسجلة: في بداية العلاج، على المعالج أن يطلب من المريض الاستماع إلى الجلسات المسجلة. على الرغم من أن التكليف المنزلي قد يبدو بسيطًا جدًّا من الناحية النظرية، فإن التطبيق العملي له لا يكون بسيطًا. قد يخشى المريض من احتمالية أن يكون هناك خطأ في كلامه أو أن يبدو غريبًا مما يستثير جانبه المعاقِب. ولهذا السبب يتجنب المهمة قدر الإمكان. في أوقات أخرى لا يجرؤ على الاستماع إلى الجلسة المسجلة وهو بمفرده في المنزل حيث انتابته فيها مشاعر قوية أو مؤلمة. يمنعه المنفصل الحامي من القيام بذلك خوفًا من التعرض لفيضان من المشاعر وهو وحده دون دعم المعالج. وقد يخشى استثارة صيغة المعاقِب أيضًا. ومع ذلك، يمكن أن يكون للاستماع إلى هذه التسجيلات تأثير معزز قوي لجلسة العلاج.

من المستحيل تذكُّر كل ما حدث أثناء الجلسة؛ لذلك، فإن إعادة الاستماع إلى الجلسة تسمح للمريض باسترجاع المزيد من المعلومات. بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما يكتشف المريض ما قصده المعالج عند إعادة الاستماع إلى تسجيل الجلسة. أحيانًا يكون المعنى مخالفًا تمامًا لظن المريض فيما يخص الجلسة (انظر أيضًا الفصل 3). بسبب كل هذا، يوصى بشدة أن يسأل المعالج المريض بانتظام عما إذا كان يستمع إلى الجلسات المسجلة أم لا وكيف يخوض المريض هذه التجربة (أي، ما الصيغ التي تمت استثارتها؟). في وقت لاحق من العلاج، يمكن أن يسأل من حين لآخر، خاصة بعد الجلسة التي يصبح فيها المريض متأثرًا بشدة.

التسجيلات الخاصة: يفضل أن يختار المعالج صنع تسجيلات خاصة حول موضوعات معينة. تتضمن الموضوعات الشائعة لمثل هذه التسجيلات تقديم الدعم للطفل المهجور وتثبيط الوالد المعاقِب. يمكن للمريض بعد ذلك الاستماع إلى التسجيلات كلما رأى ذلك ضروريًا؛ انظر: (ST step by step 2.14).

قراءة البطاقات الإرشادية في المواقف الملائمة (انظر الفصل 6).

كتابة رسائل لأشخاص من ماضي المريض (وعدم إرسالها) (انظر الفصل 6).

وضع سجل معرفي للصيغ (انظر الفصل 6: «الحوار السقراطي» والملحق ب).

الاحتفاظ بسجل للإيجابيات: وكنشاط إضافي، اطلب من المريض قراءته بصوت عالٍ (انظر الفصل 6 والملحق ج).

مقابلة الأصدقاء وطلب المعاملة الودودة من الآخرين (انظر الفصل 7).

تمارين الاسترخاء والتأمل والوعي التام: السبب الرئيسي الذي يجعل المعالجين ينصحون المرضى بتمارين الاسترخاء هو أنها تقدم أشكالًا بديلة للتعامل مع المشاعر القوية، كما أن لديها تأثيرًا إضافيًا يضعف الحاجة إلى صيغة المنفصل الحامي. هناك أنواع مختلفة من تمارين الاسترخاء والتأمل والوعي التام تساعد على تحقيق هذا الهدف. على المعالج أن يتحقق مما إذا كان المريض يستخدم مثل هذه الأساليب للانفصال عن مشاعره، والتي هي في الواقع إستراتيجية حماية منفصلة، بدلًا من قبولها، وهي إستراتيجية صحية يستخدمها الراشد السليم. في وقت مبكر من العلاج، قد لا تكون صيغة الراشد السليم قويًا بما يكفي للقيام بمثل هذه التمارين بطريقة صحية.

القيام بأشياء يستمتع بها المريض أو يجيدها: من خلال المشاركة في أنشطة يجيدها أو يستمتع بها ببساطة، يحقق المريض النجاح ويشعر بالرضا. هذه التجارب مفيدة في مقاومة صيغة الوالد المعاقِب وتعزيز الطفل السعيد. كما يتعلم المريض بهذا اكتشاف احتياجاته وكيفية الاعتناء بنفسه. بعبارة أخرى، يتعلم الراشد السليم رعاية المريض.

التسرية: يجب أن يتعلم المريض التسرية عن نفسه، عن طريق أداة انتقالية إذا لزم الأمر. قد تتمثل هذه الأداة في شيء يشتريه لنفسه (كدُبٍّ محشو) أو شيء صغير يعطيه له المعالج (كحلقة مفاتيح أو بطاقة مكتوب عليها عبارات إيجابية). يمكن أيضًا استخدام الأساليب التجريبية كالتكليف المنزلي، على سبيل المثال تخيل مواساة وتهدئة الطفل المهجور/المساء معاملته (انظر أيضًا الفصل 9)، وإجلاس الطفل المهجور/المساء معاملته على كرسي فارغ وقول أشياء تخفف عنه بصوت الراشد السليم.

التعبير عن *الغضب* بشأن الموضوعات الصغيرة (انظر الفصل 5: «التعامل مع الغضب»).

تقنية *الكرسيين*: يمكن للمريض تجربة هذه التقنية في المنزل، على سبيل المثال عندما يكتشف نشاط صيغة الوالد المعاقِب، يُجلسه على كرسي فارغ، ويقاومه، ويرسله بعيدًا (انظر الفصل 5).

إعادة صياغة الذكرى: يمكن للمريض تجربة ذلك في المنزل أيضًا. لا يُنصح بهذا إلا بعد تطور الراشد السليم إلى مرحلة يمكنه فيها دعم الطفل المهجور والتخفيف عنه. قبل أن يقترح المعالج تجربة ذلك في المنزل، يجب أن يتم التمرين عدة مرات بنجاح خلال الجلسات. (ومع ذلك، يمكن للمريض التدرب في مراحل مبكرة بمساعدة تسجيل تمرين إعادة صياغة الذكرى أثناء الجلسة.)

تجربة *سلوكيات جديدة* (انظر الفصل 7).

تجربة *أنشطة جديدة*: مثل وظيفة جديدة أو دراسة جديدة أو اتصالات اجتماعية مختلفة (انظر الفصل 7).

للاطلاع على أمثلة لأنواع التكاليف المنزلية، انظر: (ST step by step 3 , 10).

العلاج الدوائي

لا توصي الإرشادات الإكلينيكية بدواء معين كعلاج لاضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك، هناك عدد من الأدوية الموصوفة بشكل شائع لمرضى اضطراب الشخصية الحدية؛ لأن هذه الأدوية شائعة الاستخدام، سنقدم هنا بعض التعليقات بخصوص هذا الموضوع. غالبًا ما نرى نتائج غير مقصودة للعلاج الدوائي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية عند إدمان الأدوية. كما يتم استخدام الأدوية الموصوفة مع الكحوليات و/أو الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (مثل مسكنات الألم) في محاولات الانتحار.

الأدوية المضادة للاكتئاب مفيدة في علاج أعراض الاكتئاب الخطيرة. ومع ذلك، لا يوجد دليل مقنع على أن مضادات الاكتئاب مفيدة لاضطراب الشخصية الحدية، ولا حتى للمشاكل التي يعانيها هؤلاء المرضى (Stoffers et al., 2010).

قد تعوق مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية العلاج النفسي لاضطراب الشخصية الحدية، على الرغم من أنه يجب اختبارها بدقة شديدة (Giesen-Bloo et al., 2006; Simpson et al., 2004).

بالنسبة للأرق، تفضل مضادات الهيستامين على البنزوديازيبينات، بسبب خطر التعود والإدمان، وكذلك التأثير السلبي للبنزوديازيبينات على جودة النوم، خاصة في مرحلة تعزيز الذاكرة. يحتاج العلاج النفسي إلى تعزيز جيد للخبرات الحديثة في الذاكرة طويلة المدى. في حالة الإشارة إلى أدوية الحد من القلق، نوصي بمضادات الذهان أكثر من البنزوديازيبينات. بناءً على تجربتنا يمكن أن تزيد البنزوديازيبينات من حدة المشاعر أثناء الأزمات، في حين أنها موصوفة في الواقع لكبح أو تخدير هذه المشاعر. يحتمل أن تكون لهذا علاقة بالآثار المثبطة للبنزوديازيبينات، على غرار تأثير الكحول. هذا يزيد خطر التصرف بطرق غير متوقعة وفقدان السيطرة على السلوك والشعور بدلًا من الحد منه، لا سيما عند تعاطي البنزوديازيبينات مع الكحول. يزيد هذا معدلات إيذاء النفس و/أو محاولات الانتحار. يجب مناقشة المخاطر مع المرضى المتأثرين بما في ذلك سبب إنهاء استخدام مثل هذه الأدوية. يتم ذلك عن طريق بناء صلة وثيقة بالطبيب الأساسي والطبيب النفسي. بشكل عام يوصى باستعمال الدواء باعتدال ولفترات زمنية قصيرة. تخدر مشاعر المريض يعوق تعلمه كيفية التعامل مع مشاعره، وقبول تلقي الدعم والفهم. إن التغيير الذي تحدثه الأساليب التجريبية جزء أساسي من العلاج. الأدوية النفسية تقمع الحياة العاطفية وهذا لا يفيد في إحداث تغييرات أعمق في الشخصية، وهي الأهداف الأساسية من العلاج التخطيطي. تؤكد البيانات التجريبية الأولية أن المرضى الذين

يتناولون الأدوية يحظون بفوائد أقل من العلاج، مقارنة بالمرضى الذين لا يتناولونها (Giesen-Bloo et al., 2006; Simpson et al., 2004).

الأزمة

خلال بداية العلاج، قد يعاني مرضى اضطراب الشخصية الحدية أزمات عرضية، حيث يمكن أن تتسبب عوامل موضوعية وذاتية في انزعاج المريض الشديد. تحدث معظم الأزمات لأن المريض يجعل الأمور أسوأ مما هي عليه في الواقع. ويرجع ذلك إلى استثارة مخططاته المختلة عن غير قصد وينتهي الأمر بسيطرة إحدى الصيغ المختلة عليه. يزيده هذا سخطًا بسبب خوفه من المشاعر القوية وأفكاره العقابية تجاه الاحتياجات والمشاعر.

على المعالج محاولة تحرير المريض من هذه الأزمات في أسرع وقت ممكن. هذا له أهمية قصوى في تعزيز العلاقة العلاجية ويعتبر وقتًا ممتازًا للعمل على تغيير الصيغ. أثناء الأزمات، يتم التعبير علانية عن المشاعر التي يقمعها المنفصل الحامي عادة أثناء الجلسات. على المعالج أن يتواصل مع الطفل المهجور/المساء معاملته أثناء الأزمة والتخفيف عنه وطمأنته. إذا كان الطفل الغاضب هو الجالس فوق الكرسي، يفضل أن يمنحه المعالج الفرصة للتنفيس عن غضبه. إذا تسبب الوالد المعاقِب في تفاقم الأزمة، وهو ما يحدث غالبًا، يجب ألا يتردد المعالج في إجلاسه على كرسي فارغ ومقاومته وإرساله بعيدًا. على المعالج تشجيع المريض على التعبير عن مشاعره ولا ننصحه بالبحث عن حلول عملية لمشاكل المريض في ذلك الوقت. من المهم أن يُظهر المعالج للمريض أنه قادر على التعامل مع المشاعر القوية ويوفر له الدعم والتسرية.

مثال للتعامل مع أزمة

تتصل نورا بمعالجها وهي في حالة ذعر؛ لأنها على وشك أن تُطرد لعدم دفع إيجارها، والسبب يرجع جزئيًّا إلى رفيقاتها في السكن.

المعالج: أفهم أنك صُدمت من تهديد المالك بطردك. وأنكِ غاضبة لأنه دخل شقتكِ فجأة. هذا منطقي تمامًا ومفهوم للغاية. أخبريني بالباقي.

تروي نورا القصة كاملة. يقاطعها المعالج بين الحين والآخر لإبداء تعليقات قصيرة تعزز تعاطفه مع موقفها.

المعالج: سمعت أن مالك العقار كان غاضبًا جدًّا. هذا صعب جدًّا عليكِ لأنه يذكّركِ بوالدكِ الذي كان غاضبًا معظم الوقت. أفهم أنكِ صدمتِ وفي الوقت نفسه تشعرين بالخوف الشديد. لا تفزعي!

سأدعمكِ لأنني أعلم أن هذا ليس خطأكِ. حسنا فعلتِ أنكِ اتصلت بي، لأنني أفهمكِ وأتفهم مشاعركِ. أنتِ تبذلين قصارى جهدك ولا تستحقين هذا... إلخ.

بمجرد أن تهدأ، يحاول المعالج التركيز على الصيغ المسيطرة.

المعالج: الآن بعد أن سمعت القصة بأكملها يمكنني أن أفهم سبب شعورك بالهجر. لا شك أن صوت الوالد المعاقب يجادل قائلًا إن هذا خطؤكِ بالكامل، وهو مخطئ تمامًا. ما تحتاجين إليه هو الدعم. عندما كنت صغيرة، كانوا يصيحون فيكِ عند حدوث شيء سيئ لكِ، لكن هذا لن يحدث الآن.

المريضة: ولكن غدًا سأكون في الشارع ولا مكان أذهب إليه.

على المعالج أن يكبح اندفاعه للبحث عن حل عملي لهذه المشكلة ويواصل دعمها.

المعالج: أفهم أنكِ لا تعرفين إلى أين ستذهبين غدًا؛ لأنكِ مستاءة جدًّا. ماذا قالت رفيقاتكِ في السكن عندما كان المالك عندكم؟

المريضة: غضبن وقلن إنهن سيدفعن الإيجار في غضون شهر.

المعالج: شكرًا لله أنكِ لستِ وحدكِ! من الجيد أن تسمعي أن لديكِ من يدعمكِ في هذا الموقف الصعب.

إذا لزم الأمر، يمكن أن يعرض المعالج جلسة إضافية أو إمكانية الاتصال الهاتفي به في وقت لاحق من الأسبوع لضمان حصول مريضته على الدعم اللازم خلال هذه الأزمة.

على المعالج أن يحاول ربط ما يحدث الآن بالماضي واستثارة صيغة أو أكثر؛ فبعض التجارب من ماضي المريض قد تلعب دورًا مهمًّا فيما يحدث في الحاضر. والأهم من ذلك، على المعالج أن يُظهر للمريض أنه موجود من أجله ولن يتخلى عنه. عليه التأكد أنه لن يؤذي نفسه أو الآخرين أثناء حالة الذعر التي يمر بها. ويمكن أن يشجعه على العثور على آخرين من أسرته/أصدقائه يدعمونه عاطفيًّا. بمجرد أن يهدأ يجب أن يحاول إيجاد حلول عملية. ولكن عادة ما يكون المريض قد فكر في حلول يمكنه تطبيقها بالفعل.

هناك خطر جسيم يتمثل في أن يبدأ المعالج في تقديم اقتراحات بشأن ما يجب القيام به (على المستوى العملي)، التي قد يعتبرها المريض دليلًا على رفض احتياجاته العاطفية وانتقاده لأنه لم يفعل المفترض به فعله. يزداد الخطر بشكل خاص عندما يطلب المريض اليائس صراحة من المعالج أن يخبره بما يجب عليه فعله. يجب أن يقاوم المعالج الرغبة في تقديم أي اقتراح عملي، أو حتى تقنية تستهدف تنظيم المشاعر، إلى أن يهدأ المريض بعد تعزيز شعوره بتفهم المعالج له ودعمه عاطفيًّا، ويتحرر من أية أفكار عقابية مصدرها الوالد المعاقب.

إذا كان المريض غير واعٍ (بسبب الحبوب أو الكحول) أو حاول قتل نفسه، لا يمكن تطبيق هذه الطريقة ويجب طلب المساعدة من طاقم طبي مؤهل. إذا كان هذا هو الموقف، يجب ألا يبدأ المعالج في تحليل الأزمة إلا بعد انتهائها.

الانتحار وإيذاء النفس

عندما يعبر المريض عن رغبته في الانتحار أو يهدد بإيذاء نفسه (جرح نفسه)، على المعالج أن يحول كامل الانتباه إلى هذا، وإلى الصيغة المتسببة فيه. يحاول المعالج بمعاونة المريض اكتشاف الصيغة المتسببة في هذه الرغبات المتمحورة حول الانتحار أو إيذاء النفس. بشكل عام، لكل صيغة «أسباب» مختلفة لإيذاء النفس أو محاولة الانتحار. يرتكب الحامي هذه السلوكيات كطريقة لقمع المشاعر القوية، مثل الحزن والخوف؛ وكأن المريض يفضل الألم البدني على الألم النفسي. بالنسبة للمريض، الألم النفسي لا يطاق. يستخدم الوالد المعاقب الانتحار وإيذاء النفس كشكل من أشكال العقاب على أخطاء المريض وعيوبه. يظهر الطفل الغاضب السلوك نفسه لكن لمعاقبة المحيطين به على ما فعلوه به (انظر الفصل 9). بعد أن يحدد المعالج الصيغة المهيمنة، يجب أن

يتدخل باستخدام طريقة ملائمة لتلك الصيغة. بمجرد اختفاء السلوكيات الضارة، يجب أن يبدأ كل جلسة بسؤال المريض عما إذا كان لا تزال لديه الرغبة في إيذاء نفسه، وما الصيغة المتسببة في ذلك، ثم العمل مع هذه الصيغة. وعليه الاستمرار في القيام بذلك إلى أن يتأكد من أنها لم تعد مشكلة.

إيذاء النفس والسلوكيات الأخرى المدمرة للذات

خلال الأشهر القليلة الأولى من العلاج، قد يصعب منع إيذاء النفس إن كان المريض يمارسه بالفعل. السبب في ذلك هو أن المريض لم يبتكر بعد طرقًا للتعامل مع الصيغة الكامنة وراء سلوك إيذاء النفس أو التدمير الذاتي. تتمثل الإستراتيجية التقليدية في معرفة المريض بالصيغ التي تقود هذه السلوكيات الضارة، والتعامل مع الصيغة باستخدام الأساليب التقليدية؛ ربما بمنحه تكليفًا منزليًّا مثل البطاقات الإرشادية والاستماع إلى تسجيلات قصيرة لرسائل من المعالج. خلال هذه المدة، يحسن بالمعالج أن يعقد اتفاقًا مع المريض يساعده في منع أكثر هذه السلوكيات ضررًا، بأن يستبدل بها أفعالًا أقل ضررًا لها محفز حسي قوي (مثل حمام بارد، أو حمل مكعبات من الثلج، أو الهرولة). ومع ذلك، لا ينبغي أن تكون هذه هي الإستراتيجية السائدة، والتي تتمثل في اكتشاف الصيغة المهيمنة ومعالجتها بالتقنيات الملائمة. على المعالج أن يصر على أن يتصل به المريض أولًا قبل الانخراط في أنشطة تضر بالنفس. ويجب أن يحاول المعالج الحد من الأشكال الأخرى للسلوكيات المدمرة للذات مثل تعاطي المخدرات، وذلك من خلال اكتشاف الصيغة المهيمنة ومعالجتها بالتقنيات الملائمة. في حالة إدمان المخدرات الخارج عن السيطرة، تكون مساعدة مركز إزالة السموم ضرورية قبل حدوث العلاج التخطيطي. في النهاية، سيتم الحد من هذا السلوك من خلال استخدام إعادة التربية المحدودة ومعالجة الصيغة المهيمنة، حيث إن كلا الأمرين يقلل من تأثير الصيغ المسئولة عن هذه السلوكيات. قد يضطر المعالج إلى مقاومة تعيين الحدود للتحكم في السلوك المضر بالنفس، حيث قد يكون من السابق لأوانه كسب المعركة. غالبًا ما يتعين على المعالج أن يتحمل السلوك المضر بالنفس، بينما يشجع المريض باستمرار على التوقف.

الانتحار

عندما يكون لدى المريض ميول انتحارية، فإنه يحسن بالمعالج أن يزيد تكرار الجلسات بشكل مؤقت. يمكن القيام بذلك إما عن طريق إضافة جلسة في عيادته أو

تضمين بضع جلسات هاتفية بحسب تقدير المريض أو بشكل مخطط مسبقًا. خلال هذه الجلسات، يستكشف المعالج مع المريض الصيغة الكامنة وراء محاولة الانتحار ويستخدم التقنية الملائمة لتلك الصيغة. في غضون ذلك، على المعالج أن يقدم أكبر قدر ممكن من الدعم للمريض. ويمكن أن يعقد اتفاقيات مع الموجودين في محيط المريض مع الاستعداد لرعايته على أساس مؤقت، هذا إذا وافق المريض. من المهم أن يتجنب إشراك أفراد الأسرة في هذه الاتفاقات إذا كانت هي مصدر المشكلة. علاوة على ذلك، يجب أن يتشاور المعالج مع زملائه وقد يفكر في علاج المريض بالأدوية مؤقتًا. إذا ثبت عدم نجاح كل هذا، فعلى المعالج أن ينظم عملية إيداع المريض في المستشفى لحين مرور الأزمة، وذلك بشكل طوعي أو غير طوعي. يستحيل الاستمرار في العلاج عندما ينتاب المعالج قلق دائم بشأن ما إذا كان المريض سينتحر أم لا. إذا لم تقل محاولات الانتحار على الرغم من الجهود الإضافية التي يبذلها المعالج، فمن الضروري أن يضع حدودًا لهذا السلوك. عند الضرورة، يجب عليه تنظيم نقل المريض إلى عيادة أو مستشفى للأمراض النفسية (انظر الفصل 4: «تعيين الحدود»). إذا كان العلاج في المستشفى أمرًا لا مفر منه، على المعالج أن يحاول البقاء على اتصال مع المريض من أجل مواصلة العلاج بعد أن يتضاءل السلوك الانتحاري بشكل كبير. عندما لا يقوم المعالج بمحاولة للحد من تهديدات الانتحار المستمرة، يواجه خطرًا كبيرًا يتمثل في تجاوز حدوده الشخصية والإصابة بالإحباط من العملية العلاجية برمتها وإنهاء العلاج قبل الأوان.

معالجة الصدمات

تعد معالجة صدمات مرحلة الطفولة جزءًا مهمًا من العلاج التخطيطي. يحدث هذا بعد أن يكون المريض قد حقق ارتباطًا آمنًا كافيًا بالمعالج. تستخدم إعادة صياغة الذكرى بشكل عام لمعالجة الصدمات. كما تُستخدم هذه الطريقة في وقت سابق في العلاج للتحقيق في أصول الصيغ المختلفة باستخدام تجارب مرحلة الطفولة لتتبع تفسيرات المريض المختلة وأثناء مرحلة تغيير المخططات المختلة. لهذا السبب، تعتبر إعادة صياغة الذكرى تقنية موثوقًا بها عند استخدامها في معالجة الصدمات. إذا لم يذكر المريض الصدمة، على المعالج اقتراح هذا الموضوع والتأكد من عدم غيابه عن برنامج العلاج. هذه مرحلة صعبة من العلاج والتوقيت مهم جدًا فيها (يجب ألا تبدأ فيها قبل عطلة المعالج مباشرة مثلًا). يجب أن تكون حالة المريض المعيشية مستقرة نسبيًا أيضًا (أي ألا يكون في حالة انتقال إلى مكان آخر أو طلاق). علاوة على ذلك،

يجب أن يحصل على دعم من شخص خارج جلسات العلاج. حتى بعد استيفاء جميع هذه الشروط، قد لا يرغب المريض في التعامل مع صدمات طفولته. هذا يعني أنه بحاجة إلى تفسير مقبول لسبب أهمية العمل على هذه الصدمات. السبب الأهم هو أن مشاعره الأساسية بالهجر والدونية وانعدام الثقة نتائج مباشرة لصدمات مرحلة الطفولة. تعمل التذكيرات المستمرة لهذه الصدمات على تعزيز مخططاته المختلة. بالإضافة إلى ذلك، ستستمر الآثار الجانبية لهذه الصدمات (مثل الكوابيس ومشكلات التركيز) في إفساد حياته إلى أن يتم التعامل مع الصدمات على النحو الصحيح.

يختلف علاج الصدمات الموصوف هنا عن التعرض التخيلي؛ بمعنى أن الخاصية الرئيسية هنا ليست التعرض لذكريات الصدمة، بل إعادة صياغة الذكرى. في المرحلة الأولى يتذكر المريض ذكريات اللحظة التي سبقت حدوث الصدمة الفعلية (قبل أن تبدأ الأم بضربه بالعصا مثلًا). وفي المرحلة الثانية، يتم التدخل في الوقت المناسب (بدفع يد الأم بعيدًا وإخراج الأم من الغرفة = إعادة صياغة الذكرى). بعبارة أخرى، إعادة صياغة الذكرى هو ما كان يجب أن يتم في ذلك الوقت لحماية الطفل. من المهم أن يتحول التفسير الطفولي المختل («كنت أستحق أن أتعرض للضرب لأنني كنت طفلًا سيئًا») إلى تفسير وظيفي («لم أكن طفلًا سيئًا ولا يستحق أي طفل الضرب بالعصا لأنه ارتكب خطأ. كانت أمي تعاني مشكلة في الصحة العقلية أدت بها إلى ضربي عندما شعرت بالإحباط»). من المستحسن في المراحل اللاحقة من إعادة صياغة الذكرى التي تركز على الصدمة أن يتم تشجيع المريض على الدفاع عن نفسه باستخدام صيغة الراشد السليم. عندما ينجح في وقف العنف أو الإساءة، سيعزز ذلك الشعور بأنه قادر على حل مشكلاته. بمجرد الانتهاء من إعادة صياغة الذكرى المركزة على الصدمة، سيحتاج المريض إلى وقت استجماع مشاعرها ومناقشة الاستنتاجات؛ لذلك، من المهم تحديد وقت كافٍ لهذا النوع من الجلسات. عادة ما تتبع جلسة إعادة صياغة الذكرى جلسة معرفية. يمكن للمريض إكمال يومياته المعرفية كتكليف منزلي، مع التركيز على مشاعر الذنب والخزي. يجب أن يتيح المعالج إمكانية التواصل معه على الهاتف خارج نطاق الجلسات، إذا أرهقت المشاعر المريض بمجرد عودته إلى المنزل. وهو يفعل هذا لمحاولة المساعدة في تجنب وقوع أزمة.

الأسئلة المتداولة حول معالجة الصدمات

كيف أتعامل مع المشاعر القوية خلال معالجة الصدمات؟

تنتاب المرضى مشاعر شديدة القوة خلال هذه الجلسات. ولهذا من الضروري أن يكون المعالج على دراية بكيفية التعامل مع الصدمات وقادرًا على التعامل مع هذه المشاعر القوية، حيث إن وظيفته هي دعم المريض خلال هذه العملية. إذا لم يستطع المعالج التعامل مع المشاعر الحادة، فعليه طلب العلاج أو الإشراف الذاتي.

كيف يجب أن تتعامل مع سؤال المريض عما إذا كان الشيء قد حدث بالفعل؟

يجب أن يحرص المعالج على عدم اقتراح ذكريات المواقف التي لم تحدث. إذا كان المريض غير متأكد ما إذا كان الموقف وقع بالفعل أم لا، فعلى المعالج أن يؤكد أن الحدث سواء كان واقعيًّا أم لا ليس ذا أهمية كبيرة هنا. ينصب التركيز هنا على تجربة المريض للموقف (سواء كان واقعيًّا أم لا) وكيف أثرت الاستنتاجات التي توصل إليها بناءً عليه في تشكيل مخططاته المختلة. توصي العديد من الإرشادات بعدم استخدام المعلومات التي تم الحصول عليها خلال هذه الجلسات ضد المعتدين من الناحية القانونية.

تمت مناقشة مختلف الأساليب العلاجية والتقنيات المستخدمة في العلاج التخطيطي في الفصول 4 – 8. وقد عرفناك بالمراحل الملائمة في العلاج والطريقة التي يتم بها تصميم التقنيات المختلفة. ومع ذلك، لا يكفي هذا للتعامل مع الصيغ المختلفة بالطريقة الأنسب. لهذا السبب، يناقش الفصل 9 التقنيات المناسبة لكل صيغة مختلفة على حدة.



9

تقنية لكل صيغة

تتطلب كل صيغة نهجًا مختلفًا وفريدًا. تتناسب بعض التقنيات المذكورة سابقًا مع صيغ معينة أكثر من غيرها. وما يزيد الأمر تعقيداً حقيقة أن الصيغ المختلفة تتفاعل باستمرار مع بعضها، سواء أثناء الجلسات أو خارج نطاق الجلسات. تؤثر إحدى الصيغ على الأخرى دون أن يبدو أن المريض يتحكم فيها. على المعالج أن يحاول تسمية الصيغ التي يلاحظها أثناء الجلسات فور حدوثها. وبالمثل، عندما يناقش المعالج المشكلات المهمة التي حدثت مؤخرًا، عليه استكشاف الصيغ التي تمت استثارتها وكيف أثرت على مشاعر المريض وأفكاره وسلوكه. في النهاية سيتعلم المريض التمييز بين الصيغ المختلفة، سواء أثناء الجلسات أو خارج نطاق الجلسات. ليست كل التقنيات التي وصفناها في الفصول 4 - 8 موصى بها لاستخدامها مع جميع الصيغ أو خلال كل مرحلة من مراحل العلاج، لهذا السبب نصف التقنيات العلاجية الموجهة نحو الشعور (الأساليب التجريبية) والتفكير (الأساليب المعرفية) والعمل (الأساليب السلوكية) التي يمكن استخدامها مع أية صيغة وكيفية تكييف الموقف العلاجي مع كل واحدة. قمنا أيضًا بتضمين معلومات حول العلاج الدوائي والعقبات التي قد يواجهها المعالج أثناء تفاعله مع إحدى الصيغ. ومع ذلك، حتى هذا لا يكفي لتطبيق هذا العلاج لأن الصيغ المتغيرة باستمرار تتطلب تغيير توجهات وتقنيات المعالج باستمرار حسب الضرورة. في قسم «شطرنج البينبول» لاحقًا في هذا الفصل، سنصف كيف يتعامل المعالج على أفضل نحو مع الصيغ المتغيرة باستمرار أثناء الجلسات العلاجية.

طرق التعامل مع الحامي المنفصل

يجب أن يكون هناك اتفاق من البداية على أن صيغة المنفصل الحامي هي المسيطرة على أداء المريض، إما في الحاضر، أو خلال مشكلة حديثة العهد تم التعامل معها.

التقنيات المستخدمة في علاج الحامي المنفصل قابلة للتطبيق في علاج الحامي الغاضب، والمتنمر المهاجم، والمتمحور حول ذاته. المهم أن تلاحظ الصيغة المهيمنة في الجلسة وتوضحها للمريض. عادةً ما يتم ذلك في شكل سؤال («أيمكن أن صيغة المنفصل الحامي (كانت) تسيطر عليك؟»)، كما يمكن أن يسأل المريض عن الصيغة التي يظن أنها تهيمن عليه في الوقت الحالي. إذا أنكر المريض أنه يعايش صيغة المنفصل الحامي بينما يرى المعالج العكس بكل وضوح، على المعالج أن يشرح له السبب الذي يجعله يظن العكس، بوضوح ودون مواربة.

عليك كمعالج أن تشرح طبيعة التطور في مرحلة الطفولة وتتعاطف مع حاجته إلى التأقلم. لا ترسل الحامي بعيدًا بل تفاوض معه على أن يتنحى جانبًا ويسمح لك أنت ونورا الصغيرة بالتواصل. المهم هو استيضاح المواقف التي استثارت صيغة الحماية.

هناك تقنيات مختلفة يمكننا استخدامها:

يمكنك مراجعة إيجابيات وسلبيات الانفصال عن الحاضر وتحفيز المريض على الحد من صيغة الحماية.

يمكنك استخدام تمارين التخيل.

يمكنك استخدام تقنية الكراسي المتعددة وإدارة حوار بين المنفصل الحامي والراشد السليم.

العلاقة العلاجية

في بداية العلاج عادة ما يجد المعالج نفسه يتعامل مع المنفصل الحامي. إنها واحدة من أصعب الصيغ في اختراقها. في ذلك الوقت لا يثق المريض بالمعالج بعد ويخشى المشاعر القوية للطفل المهجور/المساء معاملته أو الغاضب. كما أنه يخشى العقاب و/أو الإذلال من الوالد المعاقب. في حالة نورا، على المعالج أن يطمئن المنفصل الحامي بانتظام بأنه سيحمي نورا الصغيرة من الوالد المعاقِب، وأن يعدها بأنه سيدعمها ويساعدها على التعامل مع المشاعر الحادة والمؤلمة التي تعتريها في كثير من الأحيان. عليه أن يشجعها على التعبير عن مشاعرها خطوة بخطوة.

عندما يدرك المعالج حقيقة أن المريض في وقت معايشة صيغة المنفصل الحامي، عليه أن يوضح هذا للمريض. عليه هنا أن يتحدث عن المنفصل الحامي إلى الراشد السليم بداخل المريض، بصوت ودود ويتعاطف مع حاجته إلى التأقلم. عليه أن

يشرح له أصل المنفصل الحامي في الطفولة ويعترف بأن هذه الصيغة كانت إستراتيجية نجاة في ذلك الوقت. كما يوضح له أن أهمية المنفصل الحامي قلت كثيرًا في الوقت الحاضر، خاصة خلال العلاج. في كل جلسة، على المعالج أن يحاول باستمرار التغلب على المنفصل الحامي حتى لو استغرق ذلك منه جهدًا كبيرًا. في وقت معايشة صيغة المنفصل الحامي، لا يمكن للمعالج التواصل مع الطفل المهجور من خلال إعادة التربية المحدودة (انظر الفصل 4).

في بعض الأحيان، يمكن للحامي أن يصبح عدوانيًّا (صيغة الحامي الغاضب) أو حتى يهاجم المعالج (صيغة المتنمر المهاجم)، أو يحط من قدره من خلال وصمه وتشويه سمعته (صيغة المتمحور حول ذاته)، وهذا يحدث غالبًا نتيجة عدم ثقة المريض بمعالجه؛ لهذا السبب، يكون المنفصل على استعداد لفعل أي شيء وكل شيء لضمان عدم اقتراب المعالج من الطفل المهجور/المساء معاملته. يقوم المنفصل بذلك بهدف حماية المريض من المزيد من الإساءة. وهذا يعني أن المعالج يجب أن يتحلى بالصبر وأن يستمر في كسب ثقة المريض به. يجب أن يوضح أن حقيقة عدم وثوقه به مفهومة تمامًا. يجب أن يعرب عن تعاطفه معه، ويخبره بأن الثقة بأي شخص تستغرق وقتًا، خاصة إذا كان لدى الشخص تجارب سابقة وضع فيها ثقته بأفراد غير جديرين بها. يحسن بالمعالج أن يختار زيادة وتيرة و/أو طول الجلسات كمحاولة للتغلب على المنفصل لأن المنفصل عادة ما يتراجع في هذه الحالة. على المعالج أن يدرك حقيقة أنه يجب أن يعالج مريضه بعناية شديدة، وأن يفي بوعوده له، ويبدأ كل جلسة في الوقت المحدد. الثقة تتطور ببطء لكنها تختفي بسرعة هائلة.

خارج نطاق الجلسة يمكن للحامي أن يظهر نفسه عن طريق إيذاء النفس أو محاولة الانتحار؛ فالألم البدني يحمي المريض من الألم العاطفي بقدر أو بآخر. في هذه الحالة، يجب التركيز أولًا على طمأنة المريض بأن العلاج سيداوي الألم العاطفي وأن المعالج سيساعد المريض على تحقيق ذلك. على المعالج أن يتأكد من تسهيل إمكانية وصول المريض إليه في هذه الحالة وإلى مركز الأزمات عندما لا يكون متاحًا. وإذا أمكن، فعليه أن يتعامل مع الأزمة بنفسه (انظر الفصل 8).

الشعور

من أفضل الطرق للتغلب على المنفصل الحامي استخدام تقنية الكرسيين. يطلب المعالج من المريض الجلوس على كرسي مختلف، كما لو أنه المنفصل الحامي، ثم

يوضّح سبب الحاجة إلى صيغة المنفصل. أثناء وجوده فوق الكرسي الآخر، يمكن للمريض أن يعبر عن مخاوفه بالكلمات دون أن تغلبه مشاعره على الفور. وبعد ذلك، هنا يستطيع المعالج إجراء مناقشة مع المنفصل. في حالة نورا، يوضح المعالج أن الحامي كان له دور وظيفي في ماضي نورا الصغيرة عندما كانت عاجزة عن الهروب من أي موقف صعب، وأنه لا يزال يمتلك وظيفة تتمثل في حماية نورا عندما تغلبها مشاعرها وتجهل كيفية التعامل معها. لكن الآن في وقت العلاج، موقف نورا مختلف؛ لذا بوسعها السماح للمعالج بحماية نورا الصغيرة، وتتعلم منه طرقًا أخرى للتعامل مع المشاعر (تناسب الراشدين). على المعالج أن يطمئن المنفصل الحامي بأنه لن ينبذ نورا أو يتخلى عنها أو يسيء معاملتها حين تعبر عن مشاعرها واحتياجاتها، ثم يطلب منه الإذن بالتحدث مع نورا حول مشاعرها ومشكلاتها وما إلى ذلك. عندما تكون العلاقة بين المعالج والمريض قوية وموثوقًا بها، غالبًا ما يتأثر المريض بشدة لهذه الطمأنة وينتقل إلى صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته. على المعالج هنا أن يوضح هذا التغير في الصيغة ويطلب من المريض العودة إلى كرسيه الأصلي ومواصلة النقاش مع الطفل المهجور/المساء معاملته. عندما يوافق الحامي على استمرار المعالج مع الطفل المهجور/المساء معاملته، يطلب المعالج من المريض العودة إلى كرسيه حتى لو لم يبد التأثر عليه بشكل واضح.

الاحتمال الآخر هو تجنب المنفصل تمامًا عن طريق أن يطلب من المريض أن يغمض عينيه ويتخيل نفسه وهو طفل ويسأله عما يشعر به. إذا نجح هذا، يمكن أن يستمر المعالج في محاولة الوصول إلى الطفل المهجور/المساء معاملته بهذه الطريقة وتشجيعه على التعبير عن مشاعره. إذا لم ينجح، يحسن بالمعالج استخدام تمرين التخيل، حيث يطلب من المريض العودة في الخيال إلى اللحظة التي تمت فيها استثارة المنفصل الحامي خلال الأسبوع الماضي.

أخيرًا، على المعالج أن يسأل المريض متى تمت استثارة صيغة المنفصل الحامي، ثم يناقش الموقف الصعب الذي تسبب في ظهور هذه الصيغة. أثناء التحقق من أهمية المنفصل الحامي للتعامل مع الموقف الصعب، يركز المعالج على المشاعر المعنية ويستكشفها. غالبًا ما تؤدي هذه الإستراتيجية إلى تغلبه على المنفصل الحامي.

التفكير

للمنفصل الحامي مزايا (على المدى القصير) وعيوب (على المدى الطويل). يحسن بالمعالج والمريض التحقيق في هذه الإيجابيات والسلبيات وكتابتها على سبورة بيضاء.

من الناحية العملية، لا يرى المريض إلا السلبيات وعلى المعالج أن يساعده في العثور على الإيجابيات. على المعالج دائمًا أن يبدأ بالإيجابيات لأنها أوضح بالنسبة للمريض. إنه في الواقع محق في رأيه ولكن على المدى القصير؛ فحياته مليئة بالصعوبات والمشاعر المؤلمة (وفائدة المنفصل الحامي هنا هي إشعاره بأن الوضع أقل سوءًا). يجب أن يشير المعالج إلى العيوب الموجودة في الوقت الحالي (مثل الوحدة وعدم إحراز تقدم في الحياة) وتلك التي تستمر على المدى الطويل (مثل غياب العلاقات الصحية، وضياع تأثير العلاج، وما إلى ذلك). يجب أن يشرح لماذا من مصلحته أن يتعلم كيف تتعامل مع مشاعره. هذه مهارة مهمة في بناء العلاقات المستقبلية و/أو إنجاب الأطفال. علاوة على ذلك، سيساعده ذلك في تطوره العام كشخص (انظر الجدول 9 .1). هذه التقنية المعرفية تساعد المريض على الحد من تأثير صيغة المنفصل الحامي.

الجدول (9 .1) أمثلة لإيجابيات وسلبيات المنفصل الحامي

إيجابيات	*سلبيات*
أشعر بالهدوء.	أشعر بالفراغ.
لا أشعر بالحاجة لجرح نفسي.	إذا قمعت مشاعري لمدة طويلة، فسينتهي بي الأمر بإيذاء نفسي.
ليست لديَّ صراعات مع أشخاص آخرين.	أنا وحيد لأنني لا أتواصل مع أشخاص آخرين (أو معالجي النفسي).
لست مضطرًّا للحديث عن الموضوعات الصعبة في الجلسة.	لا أستطيع أن أبدأ علاقة جديدة إذا بقيت منفصلًا.
لست مضطرًّا لتجربة أشياء جديدة مثل العمل أو الدراسة.	لن أتعلم كيف أتعامل مع المشاعر؛ لذا من الأفضل ألا أربي الأطفال، كي لا يواجهوا المشكلات نفسها التي واجهتها.
	لن أتعلم كيف أتغلب على مشكلاتي.
	إذا لم أجد عملًا جديدًا أو دورة تدريبية مهمة، فلن أحصل على دخل طبيعي أبدًا.
	إذا ظللت معايشًا لصيغة المنفصل الحامي، فستكون حياتي مملة.
	لن أكتشف ما يعجبني وما لا يعجبني.

أما الأساليب المعرفية الأخرى الموصوفة في الفصل 6 فتعتبر أقل فائدة في المرحلة الأولى من العلاج. هذا لأن ما يبدو كتغيير على المستوى المعرفي لا يتم استيعابه في كثير من الأحيان على المستوى العاطفي. لن تترسخ الرؤى الجديدة بداخل

المريض، حيث سيربط المنفصل الحامي الرؤى الجديدة بالمستوى العاطفي. في المرحلة الأخيرة من العلاج، يمكن للمريض استخدام اليوميات المعرفية عندما يعترض المنفصل الحامي طريقه خارج نطاق الجلسات.

العمل

يجب أن يتعلم المريض معايشة صيغة الحماية لوقت أقل سواء أثناء الجلسات أو خارج نطاق الجلسات. ولن ينجح في القيام بذلك خارج نطاق الجلسات إلا بعد أن يقوم به أثناءها. علاوة على ذلك، يحتاج المريض إلى بناء الثقة بالآخرين خارج إطار العلاج. وعلى المعالج أن يشجعه على مشاركة مشاعره مع الآخرين معظم الوقت. إذا كان تواصله مع الآخرين محدودًا، فيمكنه تشجيعه على المشاركة في الأنشطة التي يحتمل أن يلتقي فيها بأشخاص جدد بشكل منتظم. وبمجرد بناء علاقات مع عدد من الأصدقاء الجيدين، من المفيد دعوتهم لجلسة أو أكثر لتحفيز المريض وتشجيعه على التعبير عن مشاعره تجاههم.

يمكن لبعض المرضى الاستفادة من أنشطة الطفل السعيد. عندما يستطيعون ممارسة أنشطة تسري عنهم أو تجعلهم يمرحون (مثل الذهاب إلى المسبح والتزحلق على الزحلوقة بدلًا من ممارسة التمارين الرياضية). إذا كان بوسع المريض أن يمرح فهذا يعني غياب المنفصل الحامي.

العلاج الدوائي

هناك اقتراح باستخدام الأدوية النفسية إذا وصل مستوى الخوف والذعر (أو مشاعر أخرى مثل الغضب أو الحزن) إلى نقطة لم يعد بإمكان المريض تحمُّلها. ومع ذلك، هناك سببان على الأقل يجعلاننا حذرين للغاية في استخدام الأدوية النفسية أثناء العلاج التخطيطي. أولًا: هناك مؤشرات على أن العوامل الدوائية تتداخل مع عمليات التغيير العاطفي والمعرفي أثناء العلاج، ما يتسبب في تأخر التعافي (Giesen-Bloo et al., 2006). ثانيًا: قد يؤدي استخدامها في الواقع إلى تعزيز صيغة المنفصل الحامي، وهو الهدف المعاكس للعلاج التخطيطي. يميل مرضى اضطراب الشخصية الحدية إلى النظر إلى المشاعر الطبيعية باعتبارها مرضية، ويظن المنفصل الحامي والوالد المعاقِب أن الحل الأفضل هو قمع المشاعر. قد يؤدي وصف الأدوية عندما تكون المشاعر حادة إلى مفاقمة هذه الرؤية. يوصى باستكشاف سبب شعور المريض بضرورة التعامل مع المشاعر عن طريق الأدوية (أي بواسطة عامل كيميائي يقوي المنفصل الحامي)،

واستيضاح ما إذا كان يخشى فقدان السيطرة (المنفصل الحامي)، أو استثارة الوالد المعاقِب، أو مشاعر الهجر المؤلمة (الطفل المهجور/المساء معاملته). يحسن بالمعالج بعد ذلك تجربة تقنية مناسبة، بدلًا من إحالة المريض إلى طبيب نفسي.

إذا سارت الأمور على ما يرام، فبعد نحو عام سيكون وجود المنفصل أقل. علاوة على ذلك، في الأوقات التي يكون فيها المنفصل موجودًا، سيكون تهميش دوره أسهل بكثير.

الأسئلة المتداولة حول المنفصل الحامي

كيف أعرف أن مريضي في صيغة المنفصل الحامي أو منهك لدرجة تجعله عاجزًا عن الحديث عن الصعوبات التي واجهها؟

إذا بدا المريض منهكًا أو ناعسًا، فيكاد يكون من المستحيل التواصل معه. يجب أن يكتشف المعالج أولًا ما إذا كان هذا بسبب قلة النوم، وإذا كان الأمر كذلك، يجب أن يكتشف الصيغة المسئولة عن الأرق. بمجرد استيضاح ذلك، يحسن بالمعالج والمريض العمل معًا لتحسين عادات نومه. ومع ذلك، إذا لم يبدُ أن هناك تفسيرًا بدنيًا لإرهاقه، فمن المرجح أن يكون ذلك نتيجة لتأثير المنفصل الحامي. في هذه الحالة يحسن بالمعالج أن يجرب طرقًا مختلفة «لإيقاظه»، مثل فتح نافذة أو التحدث بصوت أعلى أو حتى هزه (بلطف). غالبًا ما يكون من المفيد البدء بموضوع صعب، الذي من المرجح أن يجبر المريض على أن يصبح أكثر يقظة. قد يكون من المفيد أيضًا استكشاف وقت بدء هذه الحالة ومناقشة ما إذا كانت مرتبطة بأي موقف صعب في ذلك الوقت.

ماذا أفعل عندما يمر المريض بعملية انفصال؟

عندما يبدأ «غياب» المريض في اتخاذ شكل حالة انفصال، يحسن بالمعالج محاولة إخراجه من هذه الحالة عن طريق تمارين التركيز، مثل التحكم في التنفس والتركيز على نقطة معينة في الغرفة، وجعله يصف المكان الذي هو فيه ومع من يتواجد. يجب أن يواصل طمأنته بأنه سيحميه من الوالد المعاقِب. أثناء القيام بذلك، يحاول المعالج اكتشاف ما الذي جعل المريض خائفًا لدرجة دخوله في حالة انفصال. كما عليه أن يحاول ربط نتائج ما اكتشفه بالتجارب الصادمة من ماضي المريض.

هل يمكن أن تكون الأعراض الذهانية جزءًا من صيغة المنفصل الحامي؟

يمكن أن يؤدي المستوى المرتفع من التوتر المقترن بالخوف الشديد إلى أعراض ذهانية قصيرة المدى. غالبًا ما تكون هذه الأعراض الذهانية مصحوبة بأعراض الارتياب. على سبيل المثال: قد يظن المريض أن معالجه على وشك ضربه، أو يرى أنه ينظر إليه بطريقة عدوانية. في هذه المواقف، يرى المريض المعالج أشبه بالوالد المسيء. من حيث الصيغة، تتم استثارة صيغة المرتاب المفرط في التحكم، التي تعتبر أكثر نشاطًا وتعويضية من صيغة المنفصل الحامي. عندما لا يعايش المريض صيغة الارتياب بشكل منتظم، فإنها تبقى مرتبطة في جميع الأحوال بشعور قوي بالتهديد يعاني بسببه الطفل المهجور/المساء معاملته. تمامًا كما هي الحال عندما ينفصل المريض عن واقعه، على المعالج طمأنته ببطء ومحاولة إعادته إلى الواقع عندما تظهر عليه أعراض ذهانية. مع انخفاض مستويات التوتر، تنخفض هذه الأعراض الذهانية أيضًا. لا يحتاج المعالج إلى القلق بشأن حدوث نوبة ذهانية كاملة بناءً على هذه الأعراض. ومن حين لآخر يُقترح الاستخدام المؤقت للأدوية المضادة للذهان.

ماذا أفعل عندما يتحول المنفصل الحامي إلى الحامي الغاضب أو المتنمر المهاجم أو المتمحور حول ذاته؟

في بعض الأحيان يصبح المريض أكثر انزعاجًا عندما يضغط عليه المعالج للتغلب على المنفصل الحامي فيغضب من المعالج أو حتى يهاجمه لفظيًا. وأحيانًا يختلف مع المعالج بطريقة استعلائية (صيغة المتمحور حول ذاته). يجب أن يستفسر المعالج عما قاله أو فعله وأزعج المريض وفي الوقت نفسه يدرك حقيقة أنها إستراتيجية نجاة، فلا يأخذها على محمل شخصي ويستمر في إستراتيجيته المتمثلة في مقاومة الحامي.

كيف يمكنني تمييز المنفصل الحامي عن الراشد السليم؟

في بعض الأحيان لا يعرف المعالج ما إذا كان يتعامل مع المنفصل أم لا حيث يقدم المريض معلومات تبدو منطقية وفي الوقت نفسه يطلب من المعالج أن يأتي بحلول عملية للموقف. قد يظن المعالج هنا أنه يتعامل مع الراشد السليم. لتوضيح الموقف يحسن بالمعالج أن يسأل مريضه عن مشاعره. إذا بدا أن رد فعله غير عاطفي، فهو يتعامل مع الحامي. نادرًا ما يكون البحث عن حلول عملية في وقت معايشة صيغة الحماية فكرة جيدة، لأن هذه الصيغة لا تركز على احتياجات الطفل

الضعيف والراشد السليم. من ناحية أخرى، إذا استجاب بطريقة مرنة، يجب أن يعرف المعالج أنه يتعامل مع الراشد السليم. في وقت معايشة صيغة الراشد السليم أو حتى صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته، إذا شعر بأن لديه ما يكفي من دعم المعالج، يمكن أن يفكر بنفسه في حلول عملية دون اللجوء إلى المنفصل الحامي.

ماذا أفعل إذا لم يرغب المريض في التحدث مع المعالج عندما يجلس على كرسي المنفصل الحامي؟

إذا رفض المريض التحدث إلى المعالج أثناء جلوسه على كرسي المنفصل الحامي (أو إحدى صيغ التأقلم الأخرى)، يمكن أن يقترح المعالج أن يجلس المريض بجانبه ويتحدث إلى الكرسي الفارغ. يمكنه بعد ذلك أن يسأل المريض الجالس بجانبه عن إجابات المنفصل الحامي. هذه الطريقة مشابهة لتلك التي يتعامل بها المعالج مع الوالد المعاقِب على الكرسي الفارغ. الفرق هو أنه لا يرسل المنفصل الحامي بعيدًا.

طرق التعامل مع الطفل المهجور/المساء معاملته

العلاقة العلاجية

كما ناقشنا بالتفصيل في الفصل 4، فإن بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة مع المريض نقطة مهمة ومستمرة من بداية العلاج فصاعدًا. عندما يعايش المريض صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته، على المعالج أن يدعمه ويخفف عنه. عليه مساعدته على اكتشاف خيارات صحية مختلفة لتلبية احتياجاته مع احترام احتياجات الآخرين. ليس من الضروري التفكير في حلول عملية لمشكلاته في هذه المرحلة، لكن من الضروري أن يتعاطف المعالج مع مشاعر المريض واحتياجاته وحقوقه. من المهم أن يكون المعالج داعمًا بطريقة دافئة ومتفهمة. يجب أن يشعر مريضه بهذا الدعم والتفهم بوضوح في نبرة صوت المعالج وسلوكياته. خلال الفترات الصعبة من حياة المريض، يحسن بالمعالج إما الاتصال به بنفسه أو السماح له بالاتصال به أو إرسال رسالة إلكترونية أو نصية بين الجلسات كدعم إضافي. يمكنه أيضًا تسجيل بطاقة إرشادية صوتية يقول فيها أشياء لطيفة عن المريض؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 2,13 Vulnerable Child—Audio flashcard)

هناك غرض إضافي يتمثل في تعليم المريض التعاطف مع الطفل الصغير الذي كان عليه في الماضي. مع تقدم العلاج، سيوفر الراشد السليم المزيد والمزيد من هذا

الدعم اللازم للطفل المهجور/ المساء معاملته. وهنا يصبح الاهتمام الإضافي (مثل: المكالمات الهاتفية بين الجلسات) أقل ضرورة.

الشعور

معظم الأساليب التجريبية مفيدة في هذه المرحلة من العلاج. يتيح استخدام الأساليب التجريبية للطفل المهجور الفرصة للتعبير عن مشاعره. التقنيات المستخدمة هنا - ولا سيما إعادة صياغة الذكرى ولعب الأدوار من سيرة المريض - تُظهر له أنه من الطبيعي تمامًا طلب المساعدة والدعم وتلقيه عندما يواجه المواقف الصعبة. في وقت لاحق من العلاج، يتعلم المريض التعامل مع هذا المواقف من منظور الراشد السليم بحيث لا يحتاج كثيرًا إلى دعم المعالج. ولتشجيع ذلك، من الجيد تحفيز المريض على لعب دور الراشد السليم، الذي يعتني بالطفل المهجور/ المساء معاملته خلال تمرين إعادة صياغة الذكرى. بالنسبة لمعظم مرضى اضطراب الشخصية الحدية، لا يكون هذا ممكنًا حتى المرحلة النهائية من العلاج، ونظرًا لأن الظروف أجبرت المريض على تولي دور الوالد خلال طفولته، فعلى المعالج أن يحرص على عدم توقع أن يأخذ المريض دور الراشد السليم في وقت أبكر من اللازم خلال العلاج. يجب أن يمر المريض بفترة يستطيع أن يكون خلالها طفلًا يشعر برعاية المعالج أولًا قبل أن ينضج ويصبح راشدًا بدوره. في لعب الأدوار من سيرة المريض، ستكون المرحلة الثالثة - التي يجب أن يجرب فيها سلوكيات مختلفة - هي الأصعب حيث سيتعين عليه التفكير في سلوكيات بديلة لا يعرفها بعد نظرًا لمحدودية تجربته الشخصية. يحسن بالمعالج أن يساعده من خلال عرض خيارات عليه ليختار من بينها ما يجربه بنفسه.

التفكير

باستخدام الأساليب المعرفية، يدرك المريض ما تنطوي عليه مرحلة الطفولة الطبيعية. وبهذا يستوعب ما فاته خلال طفولته ويتعلم كيفية تلبية احتياجاته في المستقبل. يمكن للمريض أن يقرأ عن التطور الطبيعي للأطفال لتعميق فهمه لهذا الموضوع. علاوة على ذلك، يمكن أن يقترح المعالج عليه الاطلاع على الحقوق العالمية للأطفال لتكوين فكرة عن المعايير الطبيعية الواقعية. يمكنه أيضًا أن يعدّ بطاقات تعليمية أو تسجيلات يذكر فيها أشياء إيجابية عن المريض ويطلب منه أن يقرأها أو يستمع إليها في المنزل. من أسوأ الأخطاء التي يرتكبها المريض أثناء معايشة صيغة الطفل المهجور/ المساء معاملته هو استنتاج أنه لمجرد حدوث الأشياء بطريقة معينة،

فإنها ستحدث دائمًا بهذه الطريقة. كما يكون منظوره للزمن مختلًا تمامًا، لكن حين يستوعب أن المواقف السيئة تصبح أقل إيلامًا بمرور الوقت سيصبح أقل قلقًا وحزنًا.

هناك أسلوب معرفي آخر لطمأنة الطفل المهجور بأنه يحسن العمل وهو سجل الإيجابيات (انظر الفصل 6).

العمل

يُظهر المعالج للمريض تقديره له من خلال التحدث معه بطريقة ودودة ومحترمة. كما يجب أن يمتدحه بانتظام لإظهار تقديره له كشخص ولجهوده في تعلم السلوكيات المختلفة. كما يجب أن يتعلم المريض أن يمدح نفسه.

في بعض الأحيان يكون من الضروري للمريض قطع صلته بوالديه أو بأفراد آخرين لديهم تأثير ضار على حياته. هذا ضروري بشكل خاص إذا استمر الوالدان في الاستجابة للمريض بالطريقة المختلة نفسها كما كان يحدث وهو طفل. في هذه الحالة، من الأفضل تقليل الاتصال إلى الحد الأدنى إلى أن ينمي المريض صيغة الراشد السليم. بمجرد قيامه بذلك، يمكنه أن يقرر بنفسه ما إذا كان يريد استعادة الاتصال بوالديه (أو غيرهما) وبأية طريقة. إن الحد من التواصل، ولو لمدة وجيزة، يكون شديد الصعوبة على المريض. غالبًا ما تخيفه مشاعر الذنب (الوالد المعاقِب) أو ينتهي به الأمر بالشعور بالمزيد من الوحدة في العالم (الطفل المهجور/المساء معاملته). هنا يبدأ المريض تقليل التأثير السلبي لوالديه وقد يغضب من معالجه أيضًا (الحامي الغاضب أو المتنمر المهاجم). عندما تكون الإساءة عاطفية أو تتمثل في الإهمال فقط، وليس الاعتداء البدني، يتردد المريض في الحد من التواصل مع الوالدين. لذلك على المعالج أن يبقى حذرًا عند التعامل مع هذا الموضوع ومناقشة الإيجابيات والسلبيات. يتطلب ذلك وجود علاقة علاجية قوية وآمنة وربما تخصيص وقت إضافي للمريض. غالبًا ما يكون أحد العوامل المحفزة للانقطاع المؤقت عن الوالدين هو أنه برغم إجراء جلستين في الأسبوع، لا يتقدم العلاج بسبب التأثير السلبي اليومي للوالدين. (قد ينطبق الشيء نفسه على الزوجين والأصدقاء).

كما هو موضح في القسم الخاص بصيغة الحامي، يمكن للمريض التدرب على مشاركة مشاعره وطلب الدعم وتلقيه من أشخاص جدد. قد تكون ممارسة المريض لتمرين التخيل وحده وسيلة جيدة لتهدئة الطفل المهجور، ومفيدة في اجتياز هذه المرحلة الصعبة.

يقدم المربع (9.1) تعليمات للمريض لأداء تمرين تخيل مهدئ للطفل المهجور/المساء معاملته.

المربع (9 .1) تخيل مواساة الطفل المهجور/المساء معاملته

متى تستخدم هذا التمرين؟ عندما تشعر بالضعف، أو الحزن، أو القلق، وما إلى ذلك، أو عندما تسيطر عليك ذكرى معينة لموقف سلبي من طفولتك.

الخطوات:

1. أغمض عينيك وخذ لحظة لملاحظة الأفكار التي تراودك والمشاعر التي تنتابك (بما في ذلك أحاسيسك البدنية). سيساعدك هذا على معرفة أفضل طريقة للتسرية عن الطفل بداخلك.
2. أغمض عينيك وتخيل الطفل بجانبك أو أمامك وتخيل أنك تعانقه. يمكنك أن تخبره بشيء مطمئن أو تهمس بطريقة تساعد على تهدئته وطمأنته بأنه آمن/محبوب/ قادر، وما إلى ذلك. إذا آلمك هذا التخيل، ركز فقط على الإمساك بيد الطفل. بعد دقيقة أو نحو ذلك، حاول تغيير المنظور، بحيث تصبح الطفل الذي يتلقى العناق منك كراشد، وتسمع الكلمات المطمئنة التي يهمس لك بها. قبل الانتهاء من التمرين، عد إلى منظور الراشد. احتفظ بهذه الصورة لمدة تتراوح بين 30 ثانية و5 دقائق إجمالًا. توقف بمجرد أن تشعر بأن الطفل هدأ.
3. توقف لحظة واستوعب محيطك الحالي. انتبه أولًا إلى جسدك الجالس على الكرسي، ثم إلى الأصوات داخل الغرفة وخارجها، ثم افتح عينيك وانظر حولك، ولاحظ الأشياء المحيطة بك.
4. يفضل بعدها أن تغير النشاط الذي تقوم به كي لا يعود عقلك إلى التفكير في الموقف السلبي. أبسط شيء أن تذهب وتُحضر لنفسك كوبًا من الماء أو ترش وجهك بالقليل من الماء قبل العودة إلى المكان الذي كنت فيه.

ملحوظة: ابتكر جورجي بوليك هذا التمرين، وأعيد نشره بإذن من المؤلف (Paulik، Steel، & Arntz، 2019).

الأسئلة المتداولة حول الطفل المهجور / المساء معاملته

متى يتخطى استخدام إعادة التربية المحدودة الحد اللازم؟

قد يصبح المعالج والدًا أفضل من اللازم. يمكن أن تؤدي الرعاية المفرطة للمريض إلى تجاوز المعالج حدود العلاقة العلاجية. يعرف يونج وكلوسكو وويشار (2003) حدود المعالج على النحو التالي: «لا يكون للمعالج اتصال بالمريض خارج علاقة العمل ولا يجعل المريض يفرط في الاعتماد عليه ولا يلبي احتياجاته الخاصة باستخدام المريض. إنها إعادة تربية محدودة وليست تربية فعلية. إعادة التربية المحدودة لا تعني أن مساعدتك لا حدود لها. يجب أن يشعر المعالج بالقلق عندما يصبح وسيلة تهدئة المريض الوحيدة، وحين يصبح المريض معتمدًا عليه بشكل مختل. من المهم أن تضع في اعتبارك أن التربية الصحية تنطوي على تثبيط للطفل؛ حيث لا تتم تلبية جميع احتياجات الطفل على الفور، فهو كثيرًا ما يحتاج إلى اتخاذ خطوات صعبة ومخيفة كي ينضج. بالمثل، يجب أن تتضمن إعادة التربية المحدودة تثبيط المريض بطريقة صحية لمساعدة المريض على التطور والنضج على النحو اللائق.

متى يصبح استخدام إعادة التربية المحدودة أقل من اللازم؟

قد يبتعد المعالج كثيرًا عن دور الوالد ويجد سلوك المريض طفوليًّا. يجب أن يكون مستعدًّا وقادرًا على الأقل على قبول جزء من مشكلات المريض كطفل صغير عاجز عن التعامل مع هذه المشكلات بمفرده. يجب أن يكون على استعداد لبذل المزيد من الطاقة والوقت في العلاج. يجب ألا يرى المريض جشعًا أو أنانيًّا، بل مجرد شخص لديه احتياجات معينة. وعند القيام بذلك، عليه إيجاد التوازن بين ما يعد «أكثر من اللازم» و ما يعد «أقل من اللازم» فيما يتعلق بتلبية احتياجاته.

من المفيد أن يخبر المعالج المريض بأن احتياجاته طبيعية، وأنه يتفهمها تمامًا، ولكن لا يمكنه دائمًا تلبية هذه الاحتياجات على الفور أو بالطريقة التي يتوقعها المريض أو حتى يطلبها. من خلال القيام بذلك، لا يتجاهل المعالج هذه الاحتياجات أو يصر على أن يقمع المريض مشاعره (هذا ما يفعله الوالد المعاقِب). لكنه يضع حدودًا للطلبات غير المنطقية، حيث يكون غير قادر أو راغب في تلبيتها. سيساعد هذا المريض على تعلم تحمُّل الإحباط.

طرق التعامل مع الطفل السعيد

العلاقة العلاجية

ليس من الضروري أن يكون المعالج جادًّا طوال الوقت. يمكنه استغلال الفرصة كلما سنحت للضحك على قصة مضحكة حكاها المريض، أو رواية قصة من تجربته الخاصة. في بعض الأحيان، يمكن للقصص التي يحكيها عن أطفاله أو الأطفال الآخرين أن توضح للمريض كيف يمرح الأطفال.

الشعور

في نهاية تمرين إعادة صياغة الذكرى، من المهم أن يقوم المعالج بنشاط مرح مع الطفل، أو السماح له باللعب مع الأطفال الآخرين. بعد حماية الطفل المهجور/ المُساء معاملته وطمأنته، يمكن أن يقترح القيام بنشاط مرح معه (أو مع أطفال آخرين). نادرًا ما يقترح المريض ذلك؛ لأن والديه لم يقترحا عليه اللعب في العادة؛ لذا يمنح اللعب المريض تجربة جديدة كليًّا.

التفكير

عادة ما يوصى بتثقيف المريض حول الحاجة الطبيعية للأطفال للعب، وكذا حاجة البالغين إلى المرح. قد يكون من المهم توضيح أن العلاج لا يقتصر على تقليل السلبيات فقط، بل أيضًا مساعدة المرضى على العثور على الإيجابيات (كالفرح، والسعادة، والعفوية، والإبداع، والتواصل... إلخ). في العادة لا يوصى باستخدام الأساليب المعرفية الأخرى لتعزيز الطفل السعيد. عندما يقول المريض إن اللعب غير مُجدٍ ومضيعة للوقت، على المعالج أن يعلم أن هذا هو صوت الوالد المعاقِب أو المتطلب؛ لذا يُعد إسكات الوالد المعاقِب طريقة ممتازة لإفساح المجال للطفل السعيد.

العمل

يمكن أيضًا استخدام ألعاب الأطفال الحقيقية، مثل نفخ البالونات أو اللعب بفقاعات الصابون أو لعبة شد الحبل خلال جلسة العلاج (انظر الفصل 2). في المراحل اللاحقة من العلاج، يمكن تحفيز المريض على تجربة أنشطة وهوايات جديدة، حتى يكتشف ما يحلو له وما الذي يجعل حياته أكثر سعادة.

الأسئلة المتداولة حول الطفل السعيد

ماذا أفعل إن أعلن المريض أن اللعب سخيف؟

عندما يقول المريض إن اللعب سخيف، فيحتمل أنه يتحدث بصوت الوالد المعاقِب أو المتطلب. في هذه الحالة، على المعالج أن يعمل على مقاومة الوالد المعاقِب. هناك مشكلة أخرى وهي أن يكون المعالج غير معتاد الاهتمام بالطفل السعيد؛ لأنه تعلّم أن العلاج عمل جاد. في هذه الحالة، عليه طلب المساعدة من زملائه (خاصة المعالجين التعبيريين والفنيين والنفسحركيين).

طرق التعامل مع الطفل الغاضب

العلاقة العلاجية

يحتاج الطفل الغاضب إلى علاقة علاجية آمنة. يجب أن يكون الطفل الغاضب قادرًا على التعبير عن غضبه ضمن حدود معينة. (انظر الفصل 5: «التعامل مع الغضب») فضلًا عن تعلم الحزم (انظر الفصل 7: «التدريب على المهارات ولعب الأدوار»). عادة ما تتم مواجهة موضوع الغضب بأكمله لاحقًا في العلاج، حيث لا يجرؤ المريض على التعبير عن هذه المشاعر في وقت مبكر من العلاج خوفًا من تقريع الوالد المعاقِب أو نبذ المعالج له. في بعض الأحيان، يخاف المريض من عدوانيته لدرجة تجعله لا يحضر الجلسة على الإطلاق. في هذه الحالة، يحسن بالمعالج أن يتصل به في الوقت المخصص لجلسته ومناقشة مخاوفه معه. يمكنه محاولة طمأنته بأنه لن يصدمه أو يعاقبه عندما يغضب، بل وسيساعده على التعبير عن غضبه. إذا خشي المريض الخروج عن نطاق السيطرة وإيذاء المعالج عن غير قصد، يمكن الاتفاق على أنه إذا فقد السيطرة عليه ترك الغرفة مؤقتًا والعودة حين يهدأ. أفضل طريقة هي أن يوضح المعالج للمريض كيفية التنفيس عن غضبه بأمان، عن طريق ضرب وسادة على سبيل المثال. يوضح المعالج ذلك بضرب وسادة بيده والصراخ فيها. عند القيام بذلك، يشجعه على فعل الشيء نفسه، مع إبقاء وسادة في متناول اليد دائمًا إذا اشتد غضبه. بهذه الطريقة يحصل المريض على رسالة مفادها أن الغضب مهما كان قويًا يمكن إطلاقه بأمان. ومع ذلك، يجب ألا نعبر عن هذا الغضب بطريقة مؤذية. يتيح ذلك للعديد من المرضى الأمان الكافي للتعبير عن غضبهم أكثر فأكثر.

هنـاك حالـة خاصـة يكون فيهـا المريض غاضبًـا مـن المعالـج أثنـاء معايشـة صيغـة الطفل الغاضب. غالبًـا مـا يصعب على المعالـج التعامل مـع الغضب الشـديد والتوبيخ والاتهامـات الموجهـة إليـه كشـخص؛ لذلـك يوصـى باسـتخدام تقنيـة التنفيس التاليـة. وبمجرد أن يشعر المعالج بأنه في حضرة الطفل الغاضب، يجب أن ينتقل إلى استخدام هـذه التقنيـة. علـى عكس القاعـدة المعتـادة التـي تقضـي بضرورة تسـمية الصيغـة مؤقتًا، يؤجل المعالـج إخبـار المريض بأنـه يعايش صيغـة مرتبطـة بالغضب، لكن من الجيد أن تعتـرف بأنـك تفهم أن المريض غاضب منـك. علـى المعالـج بعد ذلـك أن يبـذل قصارى جهـده للتصـرف مثل «موظف شكاوى» محايد، وهـو عبـارة عـن موظف محتـرف محايـد يوثـق جميـع الشـكاوى التـي ينطـق بهـا المريض. يأخـذ المعالـج ورقـة ويكتـب الشـكاوى ويقرأهـا علـى المريض للتحقـق ممـا إذا كان قـد سـجلها بدقة. وقبل التعامل مع الشـكوى، يسـأل المريض مـا إذا كانـت هنـاك أية مشـكلات أخرى تتسـبب في غضبـه منـه، ثم يكتب المشكلة التالية، ويكرر قراءتها على المريض للتحقق مما إذا كان قد فهم المريض على النحـو الصحيـح. بعـد ذلـك، يسـأل عمـا إذا كان هنـاك شـيء آخـر يثيـر غضـب المريض، ويكتبـه، ثـم يقـرأ جميـع المشـكلات علـى المريض للتحقـق ممـا إذا كان قـد دوَّنهـا بدقـة. يجب تكـرار هـذا الإجـراء إلـى أن يتـم تدويـن جميـع المشـكلات التي تغضـب المريض من المعالـج. مـن المهـم كتابـة اتهامـات المريض بحرفيـة قدر الإمـكان، وتأجيل أي نقاش أو تفسـير أو دفـاع أو تعاطـف، ومـا إلـى ذلـك. الفكـرة هـي اسـتغلال هـذه اللحظـة الفريـدة التـي لا يكون فيهـا المريض قـادرًا علـى قمـع الطفـل الغاضـب، ومـن ثم منـح المريض الفرصـة للتنفيس عـن غضبـه فـي سـياق آمـن. الأفعـال غيـر المحايـدة، مثـل التعاطـف أو الاعتـذار أو الدفـاع أو التصحيـح أو التفسـير سـتؤدي إمـا إلـى بـدء المريض فـي قمـع الغضـب مـرة أخـرى (واسـتثارة الوالـد المعاقِـب) أو إلـى مفاقمـة غضـب المريض. عـادة، بعـد تنفيـس الغضـب، يهـدأ المريض مـا يمكن المعالج من الاختيار مـن بين مجموعة من الاحتمالات، تتضمـن مـا يلي:

- التعاطـف: توضيـح المعالـج أنـه يفهـم أن المريض غاضب؛ لأنه عومل بشـكل سيئ أو بعيد كل البعد عن المنطق أو لأن الكثير من الأمور سـارت على نحو خطأ.
- اختبار الواقع: مساعدة المريض على معرفة ما الصحيح وما الخطأ في الاتهام.
- شرح السبب الحقيقي وراء سلوكه، والاعتذار عنه.

- توعية المريض بالغضب (تطبيعه وتوضيح وظيفته) وآثار القمع الطويل لمشاعر الغضب (يمكن أن يؤدي محفز بسيط إلى انفجار الغضب المتراكم)، وتحفيز المريض على العمل على التعبير المبكر عن الغضب والتهيج.
- مشاركة أثر الغضب الأولي للمريض وتحفيزه على العمل على إيجاد التعبير المبكر والأنسب عن التهيج والغضب، وتنمية الحزم.
- استكشاف ما إذا كان المريض يعاني مشكلات غضب مماثلة خارج نطاق العلاج، لتحفيزه على التعامل بشكل أفضل مع الغضب و/أو اكتشاف المخطط المسيطر في هذه الحالة.
- عادة ما يكمن شعور بالضعف تحت غضب الطفل الغاضب، والمسئول عنه هو الطفل المهجور/المُساء معاملته. بعد التنفيس الكامل لكل الغضب المتراكم ضد المعالج، غالبًا ما يكون من المفيد استكشاف مشاعر الضعف ثم اختيار الأسلوب الأمثل للتعامل مع هذه المشاعر. الأمثلة الشائعة هي مشاعر النبذ والإهمال والهجر.

يجب التأكيد على وجوب التنفيس عن الغضب تجاه المعالج كاملًا أولًا قبل اتخاذ إحدى الخطوات المحتملة التالية. ضع في اعتبارك أيضًا أنه عادة ما يكون هناك سبب مفهوم يدفع المريض للدفاع عن حقوقه، حتى لو كان الكثير من الاتهامات مبني على سوء تفسير أو مبالغة. علاوة على ذلك، لا تعمل تقنية التنفيس مع صيغ المواجهة الغاضبة، مثل المتنمر المهاجم، والحامي الغاضب، والمتمحور حول ذاته. على المعالج أن يتيقن أولًا من أن الطفل الغاضب هو المسئول عن هذا الغضب تجاهه، وعادة ما يعرف المعالج ذلك لأنه يشعر بتأذٍ حين يكافح المريض للتعرف على احتياجاته العاطفية. على عكس صيغ التأقلم، التي تريد وضع مسافة بين المعالج والمريض، ترغب صيغة الطفل الغاضب في التواصل، ويجب أن يلبي المعالج احتياجاتها. أخيرًا، نظرًا لصعوبة هذه التقنية، يجب حث المعالجين على ممارستها في تمرين لعب الأدوار قبل بدء العلاج التخطيطي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية.

الشعور

إذا كان المريض عاجزًا عن الاتصال بمشاعر الغضب بداخله، فمهمة المعالج هنا هي مساعدته (انظر الفصل 5: «التعامل مع الغضب»). خلال تمرين إعادة صياغة الذكرى، عند استخدام مواقف من ماضي المريض كان فيها غاضبًا بشدة لكنه عاجز عن فعل أي

شيء حيال هذا الغضب، يجب أن يتأكد المعالج من أن ذلك الذي يهدد بمعاقبة الطفل لا يمكنه إيذاء المريض. يمكنه القيام بذلك عن طريق بناء جدار غير قابل للهدم بينهما أو قضبان يفصل الطفل الغاضب عن هذا الشخص على سبيل المثال. هناك حل آخر محتمل وهو تقييد هذا الشخص بحبل أو بوسيلة أخرى. من خلال القيام بذلك، يمنح المعالج الطفل الغاضب أو الراشد السليم الفرصة للتعبير عن غضبه. إذا كان عاجزًا عن القيام بذلك، يحسن بالمعالج أن يفعل ذلك لأجله.

هناك أسلوب تجريبي آخر وهو إجلاس الشخص الذي توجه إليه الغضب بشكل رمزي على كرسي فارغ والسماح للمريض بتنفيس الغضب على الكرسي، كما لو كان الشخص جالسًا عليه. سيساعد هذا المريض على تطبيع غضبه، ويشعره بمزيد من الأمان خلال هذا الألم، مع توفير حل مثالي لاستجابة الوالد المعاقِب المعتادة. بعد التنفيس، عادة ما يظهر الطفل المهجور/المساء معاملته.

يمكن استخدام تقنية الكرسيين عندما يهدأ غضب المريض قليلًا. على أحدهما يمكن للمريض التنفيس عن أسباب غضبه وعلى الآخر يمكنه التعبير عن الألم أو القلق الكامن وراءه. على المعالج أو الراشد السليم مساعدة المريض على إدراك أن الغضب شعور طبيعي، وأن ما عليه تعلمه هو كيفية التعبير عنه بصورة ملائمة.

بعد تطبيق الأساليب التجريبية، من المهم مناقشة خطة الطوارئ مع المريض واتخاذ قرار بشأن البدائل المتاحة للتعامل مع الوالد المعاقِب في حالة عودته خارج نطاق الجلسات بسبب تنفيس المريض عن غضبه. في بعض الأحيان، بعد مدة وجيزة من ممارسة مثل هذه التمارين، يشعر المريض بالحاجة إلى إيذاء نفسه أو ربما محاولة الانتحار كعقاب على التعبير عن مشاعره الغاضبة. في حالة حدوث ذلك، يمكن للمريض الاتصال بمعالجه أو غيره من العاملين في مجال الرعاية الصحية. ومع ذلك، إذا كان لدى المعالج شكوك حول قدرة المريض على طلب المساعدة، يمكنه فحصه عبر الهاتف عن طريق تحديد مواعيد لمثل هذه الجلسات، والسؤال عن حاله أثناءها.

التفكير

غالبًا ما يكون لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية عدد من الأفكار غير المنطقية بخصوص شعور الغضب والتعبير عنه. تعتبر هذه الأفكار غير المنطقية مادة ممتازة للعلاج المعرفي. بملاحظة كيفية تعامل الأفراد العاديين مع الغضب يستطيع المريض فهم طرق التعبير الطبيعية عن الغضب، كما قد يفيده النظر إلى إيجابيات وسلبيات التعبير عن الغضب مقابل قمعه.

العمل

يجب أولًا أن يتدرب المريض على التعبير عن الانزعاج والغضب البسيط أثناء الجلسات وكذلك خارج نطاق الجلسات (انظر أيضًا الفصل 7: «التدريب على المهارات ولعب الأدوار»). يمكن أن يأخذ هذا شكل تجربة خاصة بالأفكار المختلة الصعبة. إذا بدا أنه يعاني مشكلات الغضب والقلق في المنزل ولا يمكنه تحديد مصدر هذا الغضب بشكل مباشر، فيحتمل أن يكون هذا الغضب من ماضيه الذي لم يتم التعامل معه بعد. النشاط البدني مفيد في التخلص من هذه الاضطرابات. يجد بعض المرضى أن ضرب الوسادة أو كيس الملاكمة مفيد بينما يستخدم البعض الآخر الرياضة كشكل من أشكال التنفيس. قد يفضل مريض ثالث استخدام الرياضة للتخلص من هذا الغضب، ويختار مريض رابع تنظيف المنزل. يحسن بالمعالج تخصيص الجلسة التالية لاستكشاف الجوانب التي أثارت هذا الغضب على أية حال.

العلاج الدوائي

يؤدي الغضب إلى إصابة بعض المرضى بالأرق. يمكن أن يساعد الاستخدام العرضي لمضادات الهيستامين أو مضادات الذهان في كسر هذه الحلقة، حيث يتعرض المريض لخطر الإرهاق، وعندما يكون متعبًا بشكل مفرط تضعف قدرته على التعامل مع الوالد المعاقِب. لا ينصح باستخدام البنزوديازيبينات لأن لها آثارًا جانبية تتمثل في إطلاق العنان للمريض ويمكن أن تزيد في الواقع من نوبات الغضب الخارجة عن السيطرة. قد تكون مضادات الهيستامين أو الميلاتونين بدائل أفضل للمنومات.

الأسئلة المتداولة حول صيغة الطفل الغاضب

كيف يمكنني منع انتقام أو عقاب الوالد المعاقِب؟

ينبغي ألا نستهين بخطر عقاب الوالد المعاقِب على تعبير المريض عن الغضب، خاصة بمجرد انتهاء الجلسة. يجب ألا ينسى المعالج أبدًا التحدث عن هذا الاحتمال في نهاية الجلسة التي كان الطفل الغاضب حاضرًا فيها، ووضع خطة عمل مع المريض حول كيفية التعامل مع هذا الاحتمال.

كيف أتجنب الشعور بالغضب تجاه الطفل الغاضب؟

يمكن للطفل الغاضب أن يثير ردود فعل سلبية من المعالج أكثر من الصيغ الأخرى. لهذا السبب، على المعالج أن يحرص على إبقاء ردود فعله تحت السيطرة خاصة عندما يتم توجيه عدوانية الطفل الغاضب تجاهه. يجب أن يبذل قصارى جهده لرؤية المريض كطفل يعاني ثورة غضب. إذا لم ينجح المعالج في السيطرة على غضبه ورد على هجوم المريض بهجوم مضاد، سيبدأ المريض في الشعور بالنبذ (صيغة الطفل المهجور). هناك خطر آخر يتمثل في رغبة المعالج في الابتعاد عن المريض؛ لأنه لا يستطيع تحمل غضبه. هذا لا يعني أن المعالج ينبغي ألا يضع حدودًا لسلوك المريض العدواني. رغم أنه يجب أن يتسامح مع شعوره بالغضب، فإنه لا يحتاج إلى تحمل كل أشكال التعبير عن هذا الغضب. وهو بذلك لا يرفض غضبه، بل يضع حدودًا للتعبيرات السلوكية غير المقبولة، مثل الإضرار بممتلكات المعالج.

ماذا أفعل عندما أخشى غضب المريض؟

إذا شعر المعالج بخوف حقيقي من مريضه، فعليه التحقق مما إذا كان يتعامل مع الطفل الغاضب، أو الحامي الغاضب، أو المتنمر المهاجم، أو حتى المفترس. في كل الحالات، عليه التأكد من تعيين الحدود والقيود اللازمة بوضوح كي يشعر بالأمان مرة أخرى.

من ناحية أخرى، يخشى بعض المعالجين غضب المرضى على أية حال. في هذه الحالة عليهم استكشاف أصول هذا الخوف وتعلم كيفية التعامل مع الغضب بطرق أفضل.

كيف يمكنني التمييز بين الطفل الغاضب والحامي الغاضب والراشد السليم الغاضب؟

دائمًا ما يكون الطفل الغاضب خارج نطاق السيطرة وغالبًا ما يكون غاضبًا لأكثر من سبب. ستشعر كمعالج بالحزن الكامن وراء تصرفاته. لن يصعب عليك أن ترى أن الغضب يتعلق بشيء يؤذي المريض أو يعطيه الانطباع بأنه تعرض للظلم. إذا كان الطفل الغاضب هو المسيطر على المريض وكان رد فعل المعالج جيدًا، فسيختفي معظم الغضب خلال 5 أو 10 دقائق.

أما في وقت معايشة صيغة الحامي الغاضب، يشعر المعالج كما لو أن المريض يدفعه بعيدًا؛ لأنها صيغة مخصصة لحماية المريض. إذا سمح المعالج للحامي بالتنفيس عن غضبه، فسيستمر حتى نهاية الجلسة. أفضل طريقة لإنهاء هذا

الغضب هي التعامل بالطريقة نفسها التي يتعامل بها مع المنفصل الحامي، أي استيعاب الغضب كآلية للبقاء.

أما الراشد السليم الغاضب فيكون أكثر اتزانًا ويكون مَن يوجه إليه الغضب واضحًا. إذا كان المريض غاضبًا من المعالج، عليه أن يناقش ما حدث ويحل المشكلة. في معظم الوقت يقل الغضب بسرعة.

هل يمكن أن يتسبب الطفل الغاضب في إيذاء النفس أو الآخرين؟

يمكن أن تلجأ نورا الغاضبة إلى إيذاء النفس والانتحار كطرق للتعبير عن الغضب. في هذه الصيغة لا تنوي نورا معاقبة نفسها، بل تنتقم من المقربين إليها الذين أساءوا إليها ظلمًا. في حالات نادرة، قد يهدد المريض أيضًا بقتل الأفراد الذين ظلموه. عندما يهدد المريض بالانتحار و/أو القتل، يضع المعالج تحت ضغط هائل وعليه بالطبع أن يضع حدودًا شديدة الوضوح ويطلب العون من زميل له (انظر الفصل 8: «الانتحار وإيذاء النفس»).

طرق التعامل مع الطفل غير المنضبط / المندفع

عندما تسيطر على المريض صيغة الطفل غير المنضبط/المندفع، يجب أن يتفاعل المعالج بطريقة أخرى. في هذه الحالة يجب أن يتفاعل بشكل أكثر مباشرة ويواجه المريض بطريقة تعاطفية. على المعالج ألا يسمح للمريض بالتنفيس، بل يضع حدودًا لسلوكه بطريقة هادئة. يجب أن يرفض الامتثال لمطالب المريض ويشرح في الوقت نفسه أن خيبات الأمل والإحباطات جزء من الحياة. عندما يهدأ المريض، يمكنه مساعدته على حل مشكلاته بطريقة أكثر واقعية (انظر أيضًا الفصل 5).

العلاقة العلاجية

ربما تكون أهم تقنية للتعامل مع صيغة الطفل المندفع هي المواجهة التعاطفية، التي تعتمد بشكل كبير على العلاقة العلاجية. باستخدام هذه التقنية، يعرب المعالج من ناحية عن تعاطفه مع النيات الكامنة وراء التصرفات المندفعة للمريض، ويواجهه في الوقت نفسه بحاجته إلى التغيير (انظر الفصل 4). الأمر نفسه ينطبق بشكل أو بآخر على صيغة الطفل غير المنضبط. إذا لم يتعلم المريض التعامل مع الإحباط وأداء المهام المملة، فسيتصرف مثل طفل فقد الرغبة فيما يفعله فجأة واتجه للعب.

على المعالجين أن يضعوا في اعتبارهم أنه عادة ما تكون نيات التصرفات المندفعة أو غير المنضبطة طيبة. على سبيل المثال، يريد المريض تجربة جيدة، يريد أن يشعر بالحب، ويثور ضد الحياة البائسة التي يعيشها نتيجة لتصرفات الوالد المعاقِب. وقد يتصرف كطفل تم إهماله فلم يتعلم كيفية أداء المهام الصعبة أو المملة، مثل التدبير المنزلي أو الإدارة.

وبالتالي، على المعالج أن يعبر عن تفهمه وتعاطفه بل ويكيل إلى مريضه المديح أيضًا، حيث إنه يحتاج إلى التجارب الإيجابية، والشعور بالحب والتقدير، وأحيانًا إلى اللعب والمرح. على المعالج أن يدعم التمرد ضد الوالد المعاقِب، ثم يواجه المريض بالطريقة التي يحاول بها تلبية هذه الاحتياجات وكيف يتمرد على الوالد المعاقِب. تنطوي التصرفات المندفعة على خطر افتعال مشكلات جديدة، ما يعزز صيغة الوالد المعاقِب، إنها لا تقود المريض أبدًا إلى حل مستدام أو تحقيق ما يحاول تحقيقه. على سبيل المثال، لن تتم تلبية الرغبة في العثور على الحب الحقيقي من خلال ممارسة علاقات عاطفية مع أشخاص لا يعرفهم ولا يهتمون بالاستثمار في علاقات طويلة الأمد. كما أن التصرفات المندفعة محفوفة بالمخاطر وتتسبب في خيبات الأمل، ما يزيد أفكار الوالد المعاقِب اللائمة والهدامة، وطغيان الألم العاطفي للطفل المهجور/المساء معاملته (وتكرار التجارب المبكرة). بعد المواجهة التعاطفية، يحسن بالمعالج أن يختار إما العمل مع المشاعر الكامنة وراء صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته، أو العمل على طرق صحية (غير مندفعة) لتلبية الاحتياجات العاطفية، أو توجيه الاندفاع المتمرد تجاه مكافحة صيغة الوالد المعاقِب، أو تجاه الاحتجاج على سوء المعاملة في الماضي من خلال تمرين التخيل أو لعب الأدوار من سيرة المريض.

أما تعيين الحدود بالمعنى الدقيق للكلمة (الفصل 4) فمخصص للتصرفات المندفعة التي يشعر المعالج بأنها غير مقبولة على المدى القصير.

الشعور

يمكن استخدام تقنية الكراسي المتعددة لاستكشاف بم تشعر الصيغ المختلفة والتفكير في الاحتياجات العاطفية التي أدت إلى التصرفات المندفعة/غير المنضبطة.

بعد أن أصبحت الخلفية المتمردة للتصرف المندفع واضحة للمريض، يمكن استخدام الأساليب التجريبية مثل إعادة صياغة الذكرى وإعادة صياغة الدراما والكرسي الفارغ لتوجيه التمرد إلى الموضوع أو الشخص أو الصيغة التي يجب أن يتم توجيهه إليه.

التفكير

يمكن استخدام تقنية الإيجابيات والسلبيات للنظر فيما إذا كان ينبغي اعتبار التصرف المندفع سلبيًّا أم لا. وينطبق هذا أيضًا على عدم اتخاذ إجراء من جانب الطفل غير المنضبط، ما يعني أنه يخلف المهام المهمة وراءه. يُنصح بمساعدة المريض على تعلم التفكير في البدائل. يمكن استخدام البطاقات الإرشادية لمساعدة المريض على إعادة النظر في التصرفات المندفعة أو غير المنضبطة والتفكير في البدائل.

العمل

عندما تتضح للمريض الطرق الصحية لكيفية تلبية الاحتياجات العاطفية، يمكن تحفيزه على تجربتها. عندما يكون الاحتجاج على سوء المعاملة (السابق) موضوعًا مهمًّا، على المعالج أن يساعد المريض على توجيه الاحتجاج تجاه الشخص الأصلي، عن طريق كتابة الرسائل (دون إرسالها)، أو مواجهة الشخص في اجتماع مُعد مسبقًا (يمكن أن يتم ذلك في جلسة علاجية بحيث يشعر المريض بالدعم العاطفي). في بعض الأحيان يكون من الضروري أن ينأى المريض بنفسه عمن يحفزون مشاعر التمرد بداخله، ويجد المزيد من الأشخاص الأصحاء (انظر صيغة الطفل الغاضب).

على المرضى الذين لم يتعلموا أداء المهام المملة المفيدة أن يتعلموا تقنيات حل المشكلات بهدف حل مشكلاتهم خطوة بخطوة.

الأسئلة المتداولة حول الطفل غير المنضبط / المندفع

كيف يمكنني التمييز بين اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وصيغة الطفل غير المنضبط / المندفع؟

لا يسهل دائمًا معرفة ما إذا كان المريض مشخصًا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. على المعالج استخدام أدوات التشخيص الملائمة لاكتشاف ما إذا كان المريض مصابًا باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه منذ طفولته. إذا كان مصابًا به، فمن المستحسن علاج هذه المشكلة قدر الإمكان قبل علاج اضطراب الشخصية الحدية. إذا كان المريض قد تعلم بالفعل كيفية التعامل بشكل أفضل مع الاندفاع (بمساعدة الأدوية أحيانًا)، سيعمل العلاج التخطيطي بشكل أفضل.

طرق التعامل مع الوالد المعاقِب

العلاقة العلاجية

على المعالج أن يحمي المريض قدر الإمكان من صيغة الوالد المعاقِب. هذه الصيغة خطيرة للغاية؛ لأن رغبة المريض في معاقبة نفسه يمكن أن تقوده إلى سلوك هدام مثل إيذاء النفس أو الانتحار أو إنهاء العلاج. أثناء العلاج، على المعالج أن يجعل الوضع آمنًا قدر الإمكان ويتأكد من إمكانية وصول المريض إليه في حالة حدوث أزمة (انظر الفصل 8: «الأزمة» و«الانتحار وإيذاء النفس»). على الرغم من كل جهوده، أحيانًا قد يفسر المريض تعليقات المعالج باعتبارها عقابية. في أغلب الأحيان لا يكون المعالج على علم بذلك، لكن عندما يتغير المريض فجأة من صيغة إلى أخرى (إلى الوالد المعاقب أو الحامي)، فهناك احتمال كبير أن المعالج يقول شيئًا «خطأ». ينبغي للمعالج ألا يأخذ هذا على محمل شخصي ويدرك حقيقة أنها ردة فعل من الوالد المعاقِب، معتبرًا أن المعالج تصرف على نحو خطأ. يمكنه أن يسأل المريض عما إذا كانت هذه هي الحالة ويحاول شرح ما كان يقصده فعلًا بتعليقاته. عادة من الضروري أن يكون هذا جزءًا من مكافحة صيغة الوالد المعاقِب الذي يتم إجلاسه بشكل رمزي على كرسي فارغ (انظر أدناه). ومع ذلك، يحتمل أن المعالج تصرف فعلًا بطريقة عقابية. هذا على الأرجح بسبب وقوع المعالج في فخ النقل العكسي السلبي ما يستوجب منه إصلاح الموقف. المعالج هو نموذج يحتذى به للوالد الصالح (الذي يرتكب أخطاء في بعض الأحيان) ويتخذ موقفًا مخالفًا تمامًا لموقف الوالد المعاقِب.

من المهم دائمًا توضيح أنه عند محاولة استكشاف أصول صيغة المعاقِب، نحن لا نتحدث عن الوالد ككل، بل عن سلوكه العقابي الذي عانى المريض بسببه وهو طفل. قد يؤدي نسيان معالجة هذه الجزئية إلى بناء مقاومة غير ضرورية لدى المريض تنجم عنها مشكلات في العلاقة العلاجية.

الشعور

الأسلوب التجريبي الأساسي للتعامل مع صيغة الوالد المعاقِب هو استخدام تقنية الكرسي الفارغ (انظر الفصل 5). عندما يكتشف المعالج ظهور الوالد المعاقِب، يجب أن يتحقق من صحة ذلك بسؤال المريض بوضوح، ثم يُجلس هذه الصيغة بشكل رمزي على كرسي فارغ، ويبدأ مقاومتها (احرص على ألا يجلس المريض على كرسي الوالد المعاقِب عند مقاومته!). عادة ما يتطلب هذا عدة جولات ضرورية قبل أن يصمت صوت

المعاقِب. يفضل أن يصعد المعالج من سلطته التي يحارب بها المعاقِب خطوة بخطوة من خلال التحدث بصوت أعلى أو النهوض واقفًا. عليه أيضًا استخدام حجج مختلفة في البداية لإثبات أن الوالد المعاقِب مخطئ. إذا لم ينجح ذلك، فقد يساعد وضع الكرسي خارج الغرفة للحد من التأثيرات المدمرة لهذه الصيغة. في وقت لاحق من العلاج، يمكن للمعالج تدريب المرضى على مقاومة صيغة الوالد المعاقِب بنفسه، وبعدها يستطيع تطبيق ما تعلمه في المنزل.

في إعادة صياغة الذكرى، يقوم المعالج بإعادة تشكيل الذكريات المبكرة المتعلقة بهذه الصيغة ويقاوم الوالد المعاقِب. في وقت لاحق من العلاج، يعلم المعالج المريض مقاومة الوالد المعاقِب باستخدام تمرين إعادة صياغة الذكرى. يمكن تحقيق ذلك أيضًا باستخدام لعب الأدوار من سيرة المريض. يعد أسلوب المواجهة القاسية أفضل طريقة للتعامل مع الوالد المعاقِب الذي يتسم سلوكه تجاه المريض بقسوة وإهانة واضحة. لا يتحدث المعالج بصوت أعلى فحسب، بل يقاطع الوالد أيضًا في حالة رفضه الاستماع. عليه هنا أن يستخدم لغة أكثر في التعامل مع الوالد المعاقِب بالإشارة إليه أو إليها باعتباره السيد أو السيدة «س» (لقب المريض).

عندما يصبح الوالد المعاقِب أكثر تطلبًا وانتقادًا تجاه المريض، يجب الإشارة إلى إخفاقات الوالد نفسه وقسوته. لا يتوقف الوالد المنتقد/المتطلب إلا عند الإشارة إلى عيوبه. أحد الجوانب التي فشل فيها بالتأكيد هو تربية الطفل بطريقة تتسم بالمحبة والقبول. تفيد هذه طريقة بشكل خاص إذا كان هذا الجانب الانتقادي مرتبطًا بأحد الوالدين وليس كليهما. وهنا يجب أن يقوم المعالج - الذي يجب أن تكون لديه معلومات كافية عن هذا الوالد، جمعها أثناء المقابلات الشخصية - بتوفير أمثلة مقنعة.

هناك شكل آخر محتمل لهذه الصيغة وهي الوالد دائم الشكوى والمستثير للذنب. هذا هو الوالد المعاقِب الذي يصر على تركيز كل الاهتمام عليه ويحمّل طفله الصغير مسئولية تعاسته. في حالة نورا، إذا حاولت أن تمضي في طريقها، تتم معاقبتها وتوبيخها. المريضة نفسها تجد والدها تعيسا وتشعر بالمسئولية عن سعادة والديها، وبالتالي لا يمكنها الاختلاف بشكل مباشر مع والدها. في هذه الحالة، يجب ألا يكون المعالج صارمًا بشدة مع الشعور بالذنب الذي تتسبب فيه هذه الصيغة، ولكن يجب أن يكون أكثر حزمًا في التعامل معها. في تمرين التخيل، عليه أن يخبر الوالد بأنه يجب أن يطلب المساعدة بنفسه وألا يعتمد على نورا الصغيرة لحل مشكلاته. إذا رفض الوالد طلب المساعدة، يحسن بالمعالج أن يرسل هذا الوالد إلى العيادة أو يتصل بزميل

«وهمي» ليأخذ هذا الوالد بعيدًا. الموضوع الرئيسي هنا هو أن نورا الصغيرة لم تعد مضطرة لرعاية والديها.

كما هي الحال في جميع الأساليب التجريبية، ينبغي للمعالج ألا يبدأ مناقشة مطولة مع الجانب المعاقِب أو المتطلب أو المستثير للذنب؛ لأن القيام بذلك سيكون اعترافًا بأن هذا الجانب صحيح جزئيًا. الوالد المعاقِب ليس شخصًا قادرًا على التفكير بطريقة دقيقة، بل مجرد صيغة تهاجم أبسط العيوب والأخطاء. التفكير في الأمور بطريقة مميزة ومنقحة من طبيعة الراشد السليم، وليس الوالد المعاقِب.

التفكير

عندما تكون لدى المريض أفكار سلبية عن نفسه ويدرك أن هذا بسبب صيغة المعاقِب، يمكنه محاولة إصدار حكم متزن على نفسه باستخدام المذكرات المعرفية بمساعدة الراشد السليم بداخله. يحكم الوالد المعاقِب على المريض بطريقة متطرفة بشدة. أفكاره التقليدية تتمثل في «أنا شرير وغبي وقبيح، وكل خطأ يحدث بسببي» ... إلخ. التقنيات التي يمكن استخدامها في هذه الحالة هي التقييم متعدد الأبعاد، والمخطط الدائري، وتقنية المَحْكمة (انظر الفصل 6). بالإضافة إلى ذلك، يمكن للمريض أن يطلب المساعدة والمشورة من القريبين منه عن طريق سؤالهم عن وجهة نظرهم بشأن خطأ ارتكبه على سبيل المثال.

يعد الاحتفاظ بسجل للإيجابيات واختبار سيرة المريض من التقنيات المهمة التي توفر حججًا تعارض أفكار الوالد المعاقِب.

كما يعتبر بناء المعايير والقيم الصحية الخاصة بالراشد السليم وسيلة للحد من تأثير الوالد المعاقِب حيث يخشى المريض أنه سيصبح بلا أية قواعد وقيم إذا تخلى عن المعايير الصارمة الخاصة بوالديه. يعرف الراشد السليم أن عدم التضحية بنفسك من أجل الآخرين وتلبية احتياجاتك الخاصة ليست أنانية. يجب أن يساعده المعالج على بناء معايير أكثر مرونة ومنطقية دون فرض أفكاره عليه. هذه القيم والأعراف الجديدة تخص الراشد السليم.

العمل

يمكن للمريض القيام بعدد من الإجراءات للتخلص من صيغة الوالد المعاقِب، على سبيل المثال:

- الاستماع إلى تسجيل يقوم خلاله المعالج بإرسال الوالد المعاقِب بعيدًا.
- قراءة البطاقات الإرشادية التي توضح أن ادعاءات الوالد المعاقِب لا أساس لها.
- زيارة الأصدقاء وطلب الدعم والمودة.
- الاسترخاء باستخدام تمارين التأمل أو الاسترخاء.
- القيام بأشياء يستمتع بها المريض أو يجيدها.
- القيام بأشياء يحبها الطفل السعيد والتصرف بشقاوة كانت تُرفض دائمًا (بدون وجه حق) من جانب الوالد المعاقِب.
- تعلم مواساة نفسه، باستخدام أداة انتقالية إذا لزم الأمر.
- إجراء حوار تخطيطي في المنزل بين الصيغة الراشدة والمعاقِبة.

لمزيد من المعلومات حول هذه التكليفات المنزلية، يرجى الرجوع إلى الفصل 8: «التكليف المنزلي».

الأسئلة المتداولة حول الوالد المعاقِب

ماذا أفعل إذا عاد الوالد المعاقِب بعد الجلسة؟

يمكن للوالد المعاقِب العودة بعد جلسة تم فيها إسكاته ساعيًا للانتقام. على المعالج ألا يقلل من شأن ذلك. تم وصف التدابير المختلفة للتعامل مع هذا الموقف سابقًا في هذا الفصل تحت عنوان «طرق التعامل مع الطفل الغاضب/ المندفع».

ماذا أفعل إذا أضر الوالد المعاقِب بالعلاج بشكل مباشر؟

في بعض الأحيان، تتسبب صيغة المعاقِب في امتناع المريض عن القيام بتصرفات مفيدة أو صحية، ويفعل العكس تمامًا. ومصدر هذا هي فكرة أنه لا يستحق أن يكون سعيدًا. غالبًا ما تكون محاولة غير واعية لاستثارة العقاب من معالجه. غالبًا ما يؤدي هذا إلى عدم حضور المريض للجلسات. في هذه الحالة على المعالج أن يتصل بالمريض ويقنعه بأنه لن يعاقبه، حتى لو سارت الأمور على نحو خطأ. علاوة على ذلك، عليه تشجيعه على حضور الجلسة التالية. إذا لم يكن المريض متاحًا على الهاتف، على المعالج أن يرسل له رسالة نصية أو إلكترونية أو ورقية يعرب فيها عن قلقه على سلامته ويدعوه إلى الجلسة التالية.

لماذا يستمر بعض المرضى في الدفاع عن والديهم؟

قد يحاول المريض حماية والديه («حدث هذا رغمًا عنهما. لقد عاشا طفولة سيئة»). على المعالج أن يوضح أنه من المهم إسكات الوالد المعاقِب؛ لأن هذه الصيغة تؤذي المريض. ويكرر أن المريض برفض الوالد المعاقِب لا يرفض الوالد ككل، أو كما هو الآن، بل يرفض ذلك الجزء السيئ من سلوك الوالد خلال طفولة المريض.

لا يحدث الفهم الفعلي أو التسامح مع الوالد إلا في نهاية العلاج، أو بعد اكتماله، بحيث يصبح اختيار المريض نابعًا من الراشد السليم بداخله. يجب أن يتعلم المريض إسكات الوالد المعاقِب في رأسه أولًا.

طرق التعامل مع الراشد السليم

العلاقة العلاجية

تتغير العلاقة العلاجية ببطء ولكن بثبات من علاقة والد بطفل إلى علاقة بين شخصين بالغين. يصبح المريض أكثر فأكثر استقلالية وقادرًا على إيجاد حلول لمشكلاته دون مساعدة المعالج. منذ بداية العلاج، على المعالج أن يسعى إلى التواصل مع الراشد السليم، حتى لو كانت هذه اللحظات قليلة ومتباعدة. من أجل مواصلة العلاج على المعالج أن يسعى إلى التواصل مع الراشد السليم بشكل مباشر مع إيقاف السلوك العدواني أو المندفع.

مثال للتحدث مع الراشد السليم عندما يريد المريض إنهاء العلاج

تهدد نورا بوقف العلاج؛ لأن زوجها انفصل عنها ولا تجد معنى للحياة الآن.

المعالج: أتفهم أنكِ تمرين بوقت عصيب حاليًّا يا نورا، لكني أريد التحدث إلى الراشد السليم بداخلك. ما أريد أن أقوله هو أنه يجب عليكِ ألا تتوقفي عن العلاج الآن؛ لأنكِ في نهاية المطاف ستواجهين المزيد من المشكلات. أتفهم أنكِ في الوقت الحالي تشعرين بأنكِ لا

تحققين شيئًا، لكنك كنتِ تشعرين بهذا أيضًا عندما بدأنا العلاج، ورغم ذلك ثابرتِ واستمررتِ. قد يبدو كل شيء ميئوسًا منه في الوقت الحالي، لكن الراشد السليم بداخلكِ يعلم أن هذا سيمضي، ويمكنني مساعدتكِ في هذا.

الشعور

في البداية، يتم تعزيز صيغة الراشد السليم من خلال الأساليب التجريبية والتثقيف النفسي. أثناء تنفيذ الأساليب التجريبية، يكون المعالج دائمًا قدوة للمريض في تصرفات الراشد السليم. سيستوعب المريض هذه القيم وينمّي منظورًا جديدًا لما يعتبر صحيًا وطبيعيًا. إذا لاحظ المعالج أن المريض يُظهر سلوكيات صحية أفضل في معظم الأوقات، يمكنه مناقشة كيفية تمييز الراشد السليم بداخله. إذا واجه موقفًا صعبًا، يمكن أن يطلب المعالج منه التفكير في موقف آخر تمكن فيه من حل مشكلة بالاستعانة بالراشد السليم. على المعالج أن يطلب منه وصف توجهه وأفكاره ومشاعره حينها، ثم تطبيق هذه المهارات على الموقف الصعب الحالي؛ انظر: (ST step 3 ,06 by step).

في المرحلة الأخيرة من العلاج، يصبح المريض قادرًا على التعبير عن مشاعره ومشاركتها مع الآخرين. يمكن ملاحظة ذلك بسهولة خلال جلسات العلاج حيث يعبر عن مشاعره دون رادع. وتبين القصص التي يشاركها مع المعالج قدرته على التعامل مع المشاعر في علاقته بالآخرين. وعند مواجهة مشاعر قوية، يصبح المريض قادرًا على تمييز أي من مخططاته القديمة يتصدر الصورة، ثم توفير مخططات صحية بديلة لمواجهة هذه المخططات القديمة بمفرده.

التفكير

تهدف جميع الأساليب المعرفية إلى تعزيز الراشد السليم وتطوره؛ لأنها تبحث عن رؤية للواقع أكثر واقعية ودقة ومرونة. في المرحلة الثانية من العلاج، على أن المعالج يوفر التثقيف النفسي المطلوب حول كيفية تعامل الراشد السليم مع المشكلات أو المواقف الصعبة في أربع خطوات.

1 *انتبه لمشاعرك وارفق بنفسك وتقبل ما تشعر به.* كي يتعلم المرضى التفكير في المشاعر، يحتاج العديد منهم إلى لحظات من الهدوء. إذا كانوا معرضين لخطر فيضان المشاعر، فيمكنهم الانسحاب من الموقف الصعب لفترة وجيزة، ويقومون على سبيل المثال بقراءة البطاقات الإرشادية التي تحتوي على تعليمات الراشد السليم.
2 *ابق على دراية بصيغ التأقلم والصيغ العقابية التي تريد التدخل.* يستطيع الراشد السليم احتواء هذه الصيغ بحيث يكون تأثيرها ضئيلًا قدر الإمكان.
3 *ما الذي تحتاج إليه حقًّا في هذا الموقف؟* على المريض تحديد ما احتياجاته الأساسية (مثل الأمان والتقدير والاهتمام والمواساة... إلخ).
4 *ما الذي يمكنني فعله لتلبية هذه الاحتياجات؟* ما يمكن أن يفعله المريض بصورة طبيعية يعتمد على الموقف نفسه. ما يجب أن يتعلمه العديد من المرضى هو أن مشاركة المشاعر تعتبر خطوة أولى مهمة. من المفيد أيضًا تخصيص الوقت الكافي لاكتشاف ما يحدث بالضبط. في المواقف الأخطر، من الضروري أن يتعلم المريض أن يكون حازمًا وقادرًا على الدفاع عن نفسه؛ انظر: (ST 3 ,08، 3 ,07 step by step).

حتى إذا كان المريض يعرف ما يجب القيام به، فقد يصعب عليه القيام به. ولهذا يصف القسم التالي كيف يمكنه تعلم ذلك.

في نهاية العلاج، يصبح الراشد السليم قادرًا على فهم الأفكار الأساسية وراء المشاعر السلبية أو السلوكيات المندفعة ومناقشتها. سيفكر في نفسه والعالم بأسره بطريقة أكثر مرونة ودقة، ويصبح مؤهلًا لإجراء الحوار السقراطي (انظر الفصل 6) في رأسه دون الحاجة إلى كتابة كل شيء في المذكرات المعرفية.

العمل

لا يستطيع المريض ممارسة السلوك الجديد في بداية العلاج؛ لذلك ليس من الحكمة توقع تغيير سلوكي كبير في تلك المرحلة. ولكن مع نمو الراشد السليم، يستطيع المعالج أن يعلمه خطوات صغيرة يمكن اتخاذها لممارسة السلوكيات الصحية (انظر الفصل 7).

في وقت لاحق من العلاج، يمكن للمريض الاستعداد للمواقف المستقبلية من خلال تخيل موقف ما في المستقبل؛ انظر: (ST step by step 3 ,09، 3 ,07). بعد تمرين التخيل، على المعالج أن يمنحه تكليفًا منزليًا لتجربة ذلك في الواقع.

في نهاية العلاج، يمكن أن يشارك المريض في أنشطة مختلفة تلائم نمط الحياة الطبيعي الخاص بالراشدين؛ مثل الحفاظ على الصداقات وبناء العلاقات، حيث إنه يقرر أن يعمل أو يدرس أو يتبع طريقة أخرى ذات مغزى لملء أيامه. يتخذ الراشد السليم القرارات النهائية بخصوص الأشخاص الذين يرغب في الحفاظ على تواصله معهم من ماضيه، وأولئك الذين لا يرغب في التواصل معهم.

الأسئلة المتداولة حول الراشد السليم

كيف أعرف أن الراشد السليم حاضر؟

خلال النصف الأول من العلاج، أحيانًا يظن المعالج أنه يتحدث إلى الراشد السليم بينما يكون في الواقع الحامي المنفصل. عند التعامل مع المرضى الذين يميل الحامي بداخلهم إلى التهوين من كل شيء أو إيجاد مسوغ له، يمكن أن يتوهم المعالج أن الحالة المرضية التي يتعامل معها ليست خطيرة للغاية. في هذه المرحلة على المعالج أن يسأل نفسه ما إذا كان هذا السلوك الصحي يتوافق مع شدة المرض في بداية العلاج. عليه التحقق من مشاعر المريض على الأقل لاستيضاح هذه المسألة بما يكفي (انظر المناقشة السابقة حول عقبات التعامل مع الحامي المنفصل).

شطرنج البينبول

باختصار، يهدف المعالج إلى دعم الطفل المهجور/المساء معاملته، وتعليم الطفل الغاضب التعبير عن غضبه في الوقت المناسب وبطريقة ملائمة، وتعليم الطفل غير المنضبط تحمّل الإحباط، وتعليم الطفل المندفع تلبية احتياجاته بطريقة منظمة وعملية، وتثبيط دور المنفصل الحامي (أو الحامي الغاضب، أو المتنمر المهاجم، أو المتمحور حول ذاته)، وإرسال الوالد المعاقِب أو المتطلب بعيدًا، وتحفيز الطفل السعيد على التطور، ومساعد الراشد السليم على التطور والازدهار. لقد وصفنا كيف يستطيع المعالج تحقيق هذه الأهداف بحسب كل صيغة. يشير هذا الوصف المنهجي إلى أنه

باستخدام هذا العلاج، من الممكن التخطيط للصيغة الذي سيعمل عليها المعالج أثناء الجلسة. للأسف، هذه ليست الحال في التطبيق العملي. مثلما لا يتحكم المرضى أنفسهم في صيغهم، لا يستطيع المعالج التحكم فيها كذلك. تظهر الصيغ وتختفي باستمرار دون ترتيب معين. في بعض الأحيان يشعر المريض كأنه كرة في آلة البينبول، يتم دفعه غضبًا إلى أماكن مختلفة وغير متوقعة أو غير مرغوب فيها. كل مكان جديد تُطلق نحوه الكرة يمثل وضعًا مختلفًا لدى المريض. تهدف تصرفات المعالج إلى تأسيس حالة من الهدوء في آلة البينبول بحيث يتعلم المريض نفسه التحكم في المكان الذي يريد أن تذهب إليه الكرة مستعينًا بالراشد السليم. في كل مرة تظهر فيها صيغة جديدة أثناء الجلسة، يصبح المعالج مسئولًا عن استكشاف هذا التغيير وتسمية الصيغة الحالية وتعديل إستراتيجيته العلاجية وفقًا لذلك. إذا انتظر طويلًا قبل فعل كل هذا، فإنه يخاطر بجعل جهوده بلا قيمة علاجية فضلاً عن تدهور العلاقة العلاجية، وفي أسوأ السيناريوهات، إنهاء المريض للعلاج.

مثال لرد الفعل على الصيغ سريعة التغير

تصل نورا خائفة (معايشة لصيغة الطفل المهجور)، بعد رؤيتها لأحد معارفها الذين قطعت صلتها بهم في الماضي بعد خلاف بينهما.

المعالج: (بلطف) أرى أنكِ تعرضتِ لصدمة كبيرة. هذا منطقي تمامًا لأنكِ لم تتوقعي رؤيته.

المريضة: أنا لا أجرؤ على مغادرة هذا المكتب، ربما ينتظرني خارجًا.

المعالج: (يطمئنها) هل أنتِ خائفة من أن يحاول إيذاءكِ؟ لقد حدث ما بينكما قبل سنوات عديدة، ألا ترين أن الأمر لن يكون بهذا السوء؟

المريضة: (ظانة أن المعالج يراها تبالغ) لا، أنت محق، أنا أبالغ كعادتي. أهوّل من الأمر برمته (صيغة الوالد المعاقِب).

المعالج: (جاهلًا بأن هذا هو الوالد المعاقِب) لا أظن أنكِ تبالغين، لكني أتساءل عما إذا كان لا يزال يكن ضغينة ضدكِ بعد كل هذه السنوات.

المريضة: هذا صحيح. لستُ بحاجة إلى المبالغة في ردة فعلي إلى هذا الحد. دعنا نتحدث عن شيء آخر (صيغة الحامي المنفصل).

يتم قضاء ما تبقى من الجلسة في مناقشة موضوع آخر. بالنسبة للمعالج، كانت محادثة منطقية مع راشد سليم. ومع ذلك، تحت السطح، يكمن موضوع متكرر وهو خوف المريضة من هذا الرجل. لكنها لا تجرؤ على ذكر هذا أمام معالجها خشية استنكاره ونبذه. لكن في نهاية الجلسة يعاود خوفها الظهور.

المريضة: على الرغم من كل هذا، ما زلت لا أعرف ما إذا كنت سأعود للمنزل سليمة. لا يمكنك مساعدتي (الطفل مهجور المساء معاملته).

المعالج: (يصبح دفاعيًّا على الفور = فشل مخططه) أوه، ظننت أنكِ لا تريدين التحدث عن هذا بعد الآن.

المريضة: (يستثار بداخلها المنفصل الحامي ويقول): حسنًا، ربما لا يساعد العلاج في مثل هذه المواقف. كنت أفكر في إيقاف العلاج كليًّا.

المعالج: هذا موضوع يحتاج لمناقشته في العلاج ويمكننا البدء به أثناء الجلسة التالية.

المريضة: (بصوت الحامي الغاضب) لا لن آتي بعد الآن لأنك لا تفهمني.

نهاية الجلسة.

لأن المعالج استغرق وقتًا طويلًا لإدراك أنه يتعامل مع الطفل المهجور، استثار الحامي المنفصل، ما جعله يخاطر بخسارة علاقته بالطفل المهجور، بل واستثار الحامي الغاضب أيضًا حين استهان بفكرة توقف المريضة عن العلاج.

في حالة عدم حضور المريضة لجلستها التالية، من المهم أن يقوم المعالج بكل المحاولات للتواصل معها والاعتراف بخطئه وإقناعها بمواصلة العلاج.

ما يعقّد هذا الموقف هو حقيقة تداخل الصيغ. أثناء نشاط إحدى الصيغ، تظل البقية كامنة في الخلفية باستمرار. لهذا السبب، تسمع جميع الصيغ ما يقوله المعالج. في بعض الأحيان، تتفاعل الصيغ المختلفة مع ما يقوله المعالج (في صمت) ويختبر المريض ذلك باعتباره نوعًا من «الحرب» أو الفوضى في رأسه. من وجهة نظر المعالج، يبدو الأمر كما لو أنه يلعب الشطرنج معصوب العينين مع خمسة لاعبين (أو أكثر)، وكل لاعب (صيغة) يتحرك على رقعة منفصلة. يعود الأمر إلى المعالج في تذكر موضع ودور كل لاعب على كل رقعة من هذه الرقع.

مثال للتعامل مع صيغ مختلفة خلال تدخّل واحد

تدخل نورا الجلسة معايشة لصيغة الوالد المعاقِب وتبدأ التحدث عن نفسها بطريقة سلبية.

المريضة: أنا فاشلة، لا يمكنني حتى أن أبدأ تلك المهمة. عليَّ تسليم العمل في غضون أسبوع ولم أبدأ فيه حتى!

المعالج: (بلطف) إذا كنت أسمعكِ على النحو الصحيح، فهذا هو صوت الوالد المعاقِب الذي يتحدث عنكِ بطريقة سلبية.

المريضة: معه حق بعد كل هذه الإخفاقات.

المعالج: أقترح أن نخصص كرسيًّا لهذه الصيغة كي أستطيع الرد عليها، لأنني لا أوافقها على الإطلاق.

(تهز المريضة رأسها وينظر كلاهما إلى الكرسي الفارغ المخصص للوالد المعاقِب).

المعالج: (بصوت أشد قسوة تجاه الكرسي الفارغ) لا أظن أن نورا فاشلة على الإطلاق. وأنت لا تساعدها حين تتحدث معها بهذه الطريقة، بل تجعل الوضع أسوأ. إذا واصلت ما تفعله، فستلجأ للشرب مرة أخرى وتصبح في حالة مزرية. توقف عما تفعله الآن، كي أستطيع التحدث مع نورا الصغيرة ومعرفة ما حدث.

في ذلك الوقت، يلعب المعالج مع الوالد المعاقِب، ثم يضع هذه الصيغة على كرسي آخر ويطلب منها أن تبقى هادئة. في الوقت نفسه، وعلى رقعتي شطرنج المنفصل الحامي والطفل المهجور/المساء معاملته، ينقل المعالج رسالتين أخريين إليهما.

يقول للحامي: إذا استمر هذا، فستصبح نشطًا مرة أخرى وستبدأ نورا في معاقرة الشراب.

ويقول للطفل المهجور/المساء معاملته: أريد مساعدتك، لذلك أخبر الوالد المعاقِب بالابتعاد والحامي بالتوقف.

إذا سارت الأمور على ما يرام، فستشعر نورا الصغيرة بدعم المعالج على الفور. إذا نجح في إسكات الوالد المعاقِب لما تبقى من الجلسة، فيمكن أن تستمر نورا الصغيرة في التحدث إلى المعالج، ويستمر هو في دعمها ومساعدتها على حل مشكلتها. إذا سار كل هذا كما خُطط له، سيسمع الحامي ما يحدث ويدرك أن تدخله ليس ضروريًّا في ذلك الوقت.

عند لعب شطرنج البينبول معصوب العينين، يفوز المعالج أحيانًا، ويخسر أحيانًا، ويتعادل أحيانًا. لكن في العلاج التخطيطي، يجب ألا يخسر المعالج أمام الوالد المعاقِب أبدًا؛ لأنه بذلك يخسر أمام بقية الصيغ. عندما يحدث هذا، تمتلئ رقعة الطفل المهجور بالخوف والحزن، ورقعة الطفل الغاضب بالغضب، وسترى رقعة الحامي أن الأمور ليست على ما يرام فتزداد قوة. غالبًا ما تكون لعبة الشطرنج هذه عشوائية تمامًا؛ لذا على المعالج أن ينمِّي الموهبة في لعبها بحيث لا يقع في فخاخ الصيغ. وفي حالة حدوث ذلك، يجب أن يأخذ الوقت الكافي لتحليل ذلك مع زميل له ثم المتابعة من حيث توقف. من المدهش أنه من الممكن تحليل الخطأ الذي حدث مع المريض. يمكن أن يتفق هو والمريض على تمييز هذا الموقف بسرعة حال ظهوره مرة أخرى. باختصار، اضطراب الشخصية الحدية معقد بشدة، لدرجة أنه بالإضافة إلى المعرفة والمهارات الواسعة، على المعالج أيضًا التحلي بالصبر، وبالمرونة، والقدرة على وضع الأمور في نصابها الصحيح؛ لذلك فإن إشراف الأقران المنتظم عنصر لا غنى عنه.

10

العلاج التخطيطي في بيئات أخرى ومع حالات أخرى



العلاج التخطيطي في برامج الاستشفاء الجزئي وبرامج الإقامة الكاملة بالبيئات الإكلينيكية

لا يتم تطبيق العلاج التخطيطي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية في برامج العيادات الخارجية فقط، بل في برامج الاستشفاء الجزئي وبرامج الإقامة الكاملة في البيئات الإكلينيكية المختلفة. في هذه البيئات الإكلينيكية، تقوم مجموعات مهنية أخرى إلى جانب المعالجين النفسيين بتطبيق هذا العلاج. للحصول على أفضل النتائج، يجب أن يستند برنامج العلاج بأكمله - بالإضافة إلى بيئة العلاج - على نهج تخطيطي متماسك. تناقش الفقرة التالية كيف تم دمج العلاجات غير اللفظية مع العلاج التخطيطي. لدينا ثلاث دراسات غير منضبطة توثق تأثيرات الإقامة الكاملة بمستشفيات الأمراض النفسية لاضطراب الشخصية الحدية على المدى القصير (Reiss, Lieb, Arntz, Shaw, & Farrell, 2014)، بينما ليست هناك دراسة منضبطة حول برامج الاستشفاء الجزئي أو برامج الإقامة الكاملة. هناك ارتفاع أيضًا في معدل تطبيق العلاج التخطيطي في قطاع الطب النفسي الجنائي، خاصة لمرضى اضطراب الشخصية الأكثر تعقيدًا، وذلك داخل مستشفيات الطب النفسي الجنائي مشددة الحراسة (Bernstein, Arntz, & de Vos, 2007، Keulen-de Vos، Bernstein & أرنتز، 2014). أظهرت التجربة المنضبطة المعشّاة التي قارنت العلاج التخطيطي بالعلاج المعتاد في مستشفيات الطب النفسي الجنائي مشددة الحراسة، تفوق العلاج التخطيطي في عدد من النتائج الأولية والثانوية (Bernstein et al., 2020).

أحد أحدث التطورات هو تطبيق العلاج التخطيطي على الأطفال والمراهقين (Loose, Graaf, & Zarbock، 2013). يعتبر العلاج التخطيطي مع الأطفال والمراهقين أكثر شمولية من البالغين؛ لأن الأطفال والمراهقين يمرون بمراحل مختلفة من التطور وعادةً لا يزالون يعيشون مع آبائهم في المنزل. لهذا، فإن تكامل النظريات التنموية النفسية والنظريات المتمحورة حول النظام مع العلاج التخطيطي أمر ضروري للغاية. في دراسة لوس وآخرين حصل معالجو العلاج التخطيطي الذين يعملون مع الأطفال والمراهقين على إجابات لأسئلتهم حول كيفية تعديل تقنيات العلاج التخطيطي مع حقيقة أنه لا يمكن رؤية الأطفال بشكل منفصل عن والديهم. غالبًا ما يكون لدى الأطفال الذين يعانون أمراضًا خطيرة آباء يعانون اضطرابًا في الشخصية أيضًا. يوصى بإيلاء اهتمام إضافي لتنشئة الأطفال في مرحلة مبكرة وتقديم دعم تربوي إضافي، خاصة إذا كان أحد الوالدين مصابًا باضطراب الشخصية الحدية. في بعض الحالات (المتطرفة)، قد يصبح من الضروري فصل الطفل عن الوالدين، إذا ظل سلوكهما مؤذيًا للطفل برغم محاولات تغييره. لم يتم اختبار العلاج التخطيطي على المراهقين المصابين باضطراب الشخصية الحدية بشكل رسمي. على الرغم من ذلك اقترحت الدراسات التجريبية آثارًا إيجابية (Geertzema, personal communication, 2019; Renner et al.,2013). هناك تطور آخر حديث وهو تطبيق العلاج التخطيطي على كبار السن المصابين باضطراب الشخصية الحدية. عادة ما يتم استبعاد هذه المجموعة من التجارب الإكلينيكية، وكذا من العلاج النفسي في أغلب الأوقات، ولكن الانطباع الإكلينيكي الحالي هو أن العلاج ممكن، وأن العلاج التخطيطي احتمال جيد (Khasho et al., 2019, Videler et al., 2017).

كما شهد تطبيق العلاج التخطيطي في المجموعات ومع الأزواج في العيادات الخارجية تطورًا مهمًّا في السنوات الأخيرة (Atkinson، 2012؛ Simeone-DiFrancesco, Roediger, & Stevens, 2015). في سياق هذا الكتاب، سنناقش العلاجات غير اللفظية، والعلاج الجماعي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية، وعلاج الأزواج الذي يكون فيه أحد الزوجين مصابًا باضطراب الشخصية الحدية.

العلاج التخطيطي والعلاجات غير اللفظية

تشمل العلاجات غير اللفظية العلاج بالفن والعلاج بالدراما والعلاج بالرقص والعلاج بالحركة والعلاج بالموسيقى. طور معالجو العلاجات غير اللفظية مهاراتهم في العلاج

التخطيطي في السنوات الأخيرة على وجه الخصوص، ودمجوا هذا النهج في أساليبهم العلاجية. يجد هؤلاء المعالجون نموذج الصيغ شديد الجاذبية، خصوصًا بسبب إمكانية ربطه بأساليبهم العلاجية بسهولة. غالبًا ما يقدّر المرضى العلاجات غير اللفظية بالأساليب التجريبية، حيث توفر لهم التواصل مع صيغهم وفهمها. للعلاجات غير اللفظية تقنيات محددة يمكن أن توصلنا إلى صيغ يصعب الوصول إليها في العلاجات اللفظية. بشكل عام، يرى الأطباء النفسيون ضرورة توفير العلاج النفسي التخطيطي لمساعدة المرضى على دمج الخبرات المقدمة في العلاجات غير اللفظية. إذا استخدم جميع المعالجين - في العلاج غير اللفظي والعلاج النفسي - اللغة نفسها واعتمد نهجهم على النموذج نفسه، سيصبح العلاج غير اللفظي مفيدًا بشكل خاص للحالات المرضية الأشد تعقيدًا. يصف موست، ويرتمان، وكلاسن (2009)، وفان فرييسفيك، وبرورسن، ونادورت (2012) تطبيق العلاج التخطيطي في برامج الاستشفاء الجزئي وبرامج الإقامة الكاملة بالبيئات الإكلينيكية في هولندا. في تجربة منضبطة معشّاة تم وصف التأثيرات القوية للعلاج غير اللفظي الذي اعتمد جزئيًّا على نموذج العلاج التخطيطي للمرضى الذين يعانون اضطرابات الشخصية (Haeyen, van Hooren, van der Veld, & Hutschemaekers, 2018)، ولوحظ في نموذج فاريل وشو أنه تم دمج بعض الأساليب والتقنيات غير اللفظية في العلاج التخطيطي الجماعي.

تقنيات العلاج التخطيطي الجماعي

منذ عام 1989، ركز فاريل وشو على تطوير العلاج التخطيطي الجماعي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية حصرًا، سواء في العيادات الخارجية أو داخل مستشفيات الأمراض النفسية. اتضح أن تأثيرات العلاج التخطيطي الجماعي أكبر وتحققت خلال مدة أقصر من تأثير العلاج التخطيطي الفردي (Farrell, Shaw, Webber, 2009). أظهرت دراسة تجريبية في هولندا أجريت على مجموعة من جلسات العلاج التخطيطي الأسبوعية الفردية وجلسات العلاج التخطيطي الأسبوعية الجماعية تأثيرات واعدة جدًّا (Dickhaut & Arntz، 2014). في دراسة تجريبية أخرى حول العلاج التخطيطي في العيادات الخارجية ومستشفيات الأمراض النفسية لحالات شديدة التعقيد من اضطراب الشخصية الحدية، تطلبت الدخول المتكرر إلى المستشفى، تبين تأثير هذا العلاج القوي في تقليل مدة وتواتر الإقامة في المستشفى فضلًا عن تأثيره في شدة اضطراب الشخصية الحدية والنتائج الثانوية (Fassbinder et al., 2016). بسبب هذه النتائج الواعدة، سنصف في هذا الفصل أهم جوانب هذا العلاج الجماعي. بدأت

دراسة دولية متعددة المراكز تحت إشراف أرنتز وفاريل في عام 2010، بهدف مقارنة العلاج التخطيطي الجماعي بالعلاج المعتاد واستكشاف ما إذا كان العلاج التخطيطي الذي يجمع بين الفردي والجماعي أو العلاج التخطيطي الجماعي وحده هو الأفضل. ظهرت النتائج الأولى بعد انتهائنا من تأليف هذا الكتاب، وأشارت إلى التأثيرات المتفوقة للعلاج التخطيطي الجماعي مقارنة بالعلاج المعتاد، خاصة بالنسبة للعلاج التخطيطي الذي يجمع بين الفردي والجماعي، وذلك وفقًا للنتيجة الرئيسية (شدة اضطراب الشخصية الحدية)، والإنهاء المبكر، ومعظم النتائج الثانوية (Arntz et al., 2019). يتوافق هذا مع تفضيلات معظم المرضى والعديد من المعالجين (Martius, 2019). الوصف التالي لهذا العلاج التخطيطي الجماعي مشتق إلى حد كبير من ورش العمل التي يقودها فاريل وشو ووصفاها في دراستهما (Farrell & Shaw, 2012؛ Farrell, Reiss, & Shaw, 2014؛ Farrell et al., 2009).

العلاج التخطيطي الجماعي شكل تكاملي من العلاج النفسي الجماعي، يجمع بين جوانب العلاج الجماعي التوجيهي وجوانب المجموعات الديناميكية النفسية، ولكن لديه طريقة فريدة للتعامل مع ديناميكيات المجموعة. يقود المجموعة معالجان نفسيان يتبنيان دوري الأب والأم، وذلك مرتين في الأسبوع (انظر الفصل 4: «إعادة التربية المحدودة»).

مزايا العلاج التخطيطي الجماعي

هناك العديد من المزايا العامة للعلاج الجماعي التي تم ذكرها بشكل متكرر في الدراسات السابقة: كالعالمية والإيثار والاعتراف والتعلم الشخصي التفاعلي، والتقليد السلوكي والعوامل الوجودية، والتنفيس العاطفي وتصحيح التجربة الأسرية الأساسية، وإتاحة فرصة الحصول على المعلومات من مختلف أنواع البشر (Yalom & Leszcz, 2005).

للعلاج التخطيطي الجماعي العديد من المزايا الإضافية التي تسهم في إجراءات المجموعة، حيث يتمكن المصابون باضطراب الشخصية الحدية من تحقيق تحسن في مدة زمنية قصيرة نسبيًا. يتيح هيكل العلاج الجماعي المحدد بوضوح تكوين مناخ آمن بسرعة، بحيث يشعر الطفل المهجور/المساء معاملته بالأمان. أما مزايا العلاج الجماعي على العلاج الفردي فهي كما يلي:

- الدعم والتقدير المتبادل بين أعضاء المجموعة. قد يميل المصابون باضطراب الشخصية الحدية إلى عدم تصديق ردود الفعل الإيجابية التي يتلقونها من المعالج («أنت تقول ذلك لأنك تأخذ مقابلًا مني»)، بينما يتقبلون الملاحظات نفسها من أقرانهم.
- توفير المزيد من الفرص لتجربة التعبير عن المشاعر والسلوكيات الجديدة مع أشخاص مختلفين.
- تعلم المرضى بناء الثقة بالآخرين من خلال الترابط مع أعضاء المجموعة (الذين يشعرون معهم بالراحة بسبب التفاهم المتبادل) والمعالجين.
- قد تكون المواجهة التعاطفية بين أعضاء المجموعة كاستجابة لسلوك غير مرغوب فيه أكثر فاعلية منها بين المريض والمعالج.
- تعزيز أثر إعادة التربية المحدودة؛ لأنه إلى جانب «الوالدين» سيكون هناك أيضًا العديد من «الإخوة والأخوات» في المجموعة.
- توفير المزيد من الفرص أثناء لعب الأدوار لجعل أشخاص مختلفين يلعبون أدوارًا وصيغًا مختلفة.
- التعلم المتبادل من بعضهم.

مهام المعالجين وأدوارهما

يعمل المعالجان معًا كأبوين صالحين. هذا يعني الموازنة بين الاحتياجات الفردية والجماعية للمجموعة مثلما يتعامل الوالدان مع أبنائهما في الأسرة. هكذا يحاولان التواصل مع كل مريض بطريقته، ويمتازان بأسلوب حديث هادئ وودود وواضح، على غرار أسلوب المعلم الودود في السنوات الأولى من المدرسة الابتدائية. هذه الطريقة في التحدث تسري عن المرضى وتنشئ جوًّا وديًّا داخل المجموعة. وجود هذين الأبوين الصالحين يعني أيضًا تناوب المعالجين على قيادة الديناميكية الجماعية؛ لذلك تتغير أدوار المعالج والمعالج المساعد بانتظام. بينما يركز أحد المعالجين انتباهه على أحد أعضاء المجموعة، يضمن المعالج الآخر أن تظل بقية المجموعة مشاركة بطريقة ما (بشكل لفظي وغير لفظي). يضمن المعالج المساعد ألا يولي المعالج اهتمامًا أكبر على حساب الآخرين، ويساعده إن وقع موقف صعب بسبب الصراع أو سوء الفهم. في بعض الأحيان يمكن أن يستثير العلاج التخطيطي مخططات المعالجين أنفسهم، لكن العمل مع معالجَيْن يسهّل دعم المجموعة لبعضها في هذه المواقف. يسعى كلا المعالجين إلى تقسيم انتباههما بشكل متساوٍ قدر الإمكان عبر المجموعة. يضمن المعالجان أيضًا

وجود نظام كاف داخل المجموعة بحيث يشعر الجميع بالأمان. يعد التعاون الجيد بين كلا المعالجين أمرًا بالغ الأهمية، وإذا عملا معًا بشكل جيد، فسنجد أنهما يكملان بعضهما، ما يمنح المرضى قدوتين راشدتين. يعد المعالجان موضوعًا لكل جلسة، لكن يجب أن يكونا مرنين بما يكفي للتفاعل عند ظهور موضوع آخر في بداية الجلسة. كما هي الحال في العلاج الفردي، يمكن أن يكون هناك تحول غير متوقع في الصيغ، ما يعني أنه يجب تعديل التدخلات وفقًا لذلك.

مراحل العلاج

تكون الجلسات الثماني إلى العشر الأولى أكثر تنظيمًا من الجلسات اللاحقة. وهي تتضمن التفسيرات المكثفة والتثقيف النفسي فيما يتعلق بخصائص اضطراب الشخصية الحدية والعلاج التخطيطي (نموذج الصيغ) والاحتياجات الأساسية للأطفال. ينصب التركيز على إنشاء جو من الترابط والأمان داخل المجموعة. يسعى المعالجان باستمرار لترجمة الخبرات والمشاعر الفردية إلى موضوعات مهمة للمجموعة بأكملها. حتى إذا كانت هناك اختلافات، فإنهما يبحثان عن الجوانب التي قد تكون مفيدة للمجموعة بأكملها أو موضوعات تمكّن أعضاء المجموعة الذين لديهم تجربة مختلفة من المساهمة ومساعدة الأعضاء الآخرين.

هناك جانب آخر مهم يتمثل في تعلم كيفية التعامل مع الضغوط والسلوكيات المهددة الحياة. يمكن لأعضاء المجموعة تقديم الدعم وإعطاء النصائح لبعضهم. تمارس المجموعة بأكملها تمرين التخيل للعثور على ملاذ آمن حتى يتمكن الجميع من الاستفادة منه بعد موقف صعب.

تتضمن المرحلة التالية العمل مع الصيغ. وهي أطول مراحل في العلاج وتستمر لمدة عام تقريبًا. يمكن تقليص عدد الجلسات في العام الثاني. كما هي الحال في العلاج الفردي، سينصب التركيز في البداية على الحد من دور المنفصل الحامي ومقاومة الوالد المعاقِب لمنح الطفل المهجور/المساء معاملته مساحة لينمو ويصبح راشدًا سليمًا. كما ستتاح للطفل الغاضب/المندفع مساحة للتنفيس عن غضبه، ولكن هذا غير ممكن إلا في بيئة جماعية مع استمرار شعور أعضاء المجموعة الآخرين بالأمان (بمساعدة أحد المعالجين). إذا صعب تحقيق ذلك، يمكن للمريض مغادرة المجموعة مؤقتًا مع أحد المعالجين والتنفيس عن غضبه خارج المجموعة. على المريض والمعالج العودة إلى المجموعة قبل إنهاء الجلسة. كما تتم العناية بالطفل السعيد في كل جلسة

جماعية. مهما حدث خلال الجزء الأول من جلسة المجموعة، يجب أن يترك المعالجون دائمًا وقتًا كافيًا في نهاية الجلسة للعب لعبة.

تتألف المرحلة النهائية من إنهاء العلاج وترك المعالجين. في هذه المرحلة، يخرج المرضى أكثر من السابق، ويقومون بأنشطة فردية خارج المجموعة. كما ستزداد الاختلافات بين المرضى، والتي قد تؤدي في بعض الأحيان إلى حدوث صراعات، ولكن إذا تم التعامل معها على النحو الملائم، فسيحفز هذا كل فرد بحيث يتعلم التعاون بأمان برغم الاختلاف.

الاختلافات بين العلاج الجماعي والعلاج الفردي

يشبه العمل مع الصيغ العلاج الفردي من نواحٍ عديدة، كما أن استخدام التقنيات المختلفة متشابه أيضًا (انظر الفصول 6 - 11). ومع ذلك، هناك العديد من الاختلافات المهمة، التي سنناقشها هنا لشرح كيفية تقدم العلاج التخطيطي الجماعي مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية. للحصول على نسخة أكثر تفصيلًا من العلاج الجماعي التالي، نحيلك إلى دراسات فاريل وشو (Farrell & Shaw, 2012، Farrell et al., 2014).

قواعد المجموعة: تنطبق القواعد العامة للمجموعات - مثل القواعد المتعلقة بالحضور والسرية والاحترام المتبادل وطريقة مغادرة المجموعة - على العلاج التخطيطي الجماعي. ومع ذلك، على عكس المجموعات الديناميكية النفسية، يُسمح لأعضاء مجموعة العلاج التخطيطي الجماعي بالالتقاء أو التواصل مع بعضهم خارج المجموعة. في كثير من الحالات، يمكن أن يؤدي ذلك إلى دعم ومساعدة إضافيين. ومع ذلك، يبقى الاتفاق هو أنه في حالة حدوث أزمة، على المريض الاتصال بأحد المعالجين أو مقدم رعاية آخر وعدم اللجوء إلى أحد أعضاء المجموعة. إذا طلب المريض المساعدة من مريض آخر في المجموعة، فعلى المريض محاولة القيام بشيء يوافق النصيحة المقدمة. على المعالجين الابتعاد عن الإقصاء المنهجي لأحد أعضاء المجموعة أو أكثر.

التعامل مع صيغة الطفل السعيد: يستفيد العلاج الجماعي من التعامل مع صيغة الطفل السعيد. يحتاج المرضى إلى الدعم والراحة، لكنهم يحتاجون أيضًا إلى فرصة للعب والمرح. بل إن بعض المرضى يحتاجون إلى فهم طبيعة اللعب والاستمتاع في الواقع. في البداية، ينصب الاهتمام على ما يستمتع به المرضى والهوايات التي مارسوها وهم صغار. بماذا لعبوا؟ ومع من لعبوا؟ هل كان لديهم دمية أو دب محشو؟ ما الذي حرموا

منه؟ وما الذي يحتاج له الطفل الصغير بداخلهم في هذا الصدد؟ من خلال التحدث مع بعضهم حول هذا الأمر، يمكن جمع المعلومات وتبادلها حول الأنشطة التي تجعل المريض سعيدًا والتأثير المثبط الذي يمارسه الوالد المعاقِب على ذلك. من المفيد أيضًا استخدام تمرينات التخيل التي تتمحور حول لحظات ممتعة في الماضي.

بعد ذلك، يتم تشجيع كل عضو في المجموعة على التفكير في شيء يستمتع به. على سبيل المثال: يمكن أن يتمثل هذا في تحضير وجبة لأحد الأعضاء أو ممارسة لعبة من أجل عضو آخر. كل عضو في المجموعة لديه الفرصة في مرحلة ما للقيام بشيء يستمتع به حقًا.

استخدام تقنيات مشتقة من العلاجات غير اللفظية

يتيح العلاج الجماعي فرصًا أكثر بكثير للاستفادة من الألعاب نظرًا لوجود المزيد من المشاركين، كما أن المرضى يشاركون بسهولة أكبر عندما يرون آخرين يفعلون الشيء نفسه. في هذا السياق، يفكر المعالجان بانتظام في الألعاب التي تهدف إلى اختراق أو إضعاف الصيغ المختلة للوصول إلى الطفل المهجور/المساء معاملته أو الطفل السعيد. ويعتبر تأليف الأغاني أو المشاركة في أي نشاط معًا - مثل صنع دمية تمثل الوالد المعاقِب، التي يمكن التخلص منها بعد ذلك - أو التمارين المستعارة من العلاج بالحركة، إضافات مرحبًا بها للتقنيات المعروفة.

سنصف أدناه بعض الأمثلة على تكامل الأساليب غير اللفظية في العلاج التخطيطي الجماعي لكل صيغة.

العلاج الإبداعي لكل الصيغ: في العلاج الإبداعي، يمكن للمريض رسم صورة على الورق أو باستخدام مواد أخرى ترمز إلى الصيغ. يساعدها ذلك على اكتشاف شكل الصيغ، وما الذي تسبب في ظهورها، ولماذا يصعب تغييرها. يمكن استخدام هذه الصور في المجموعة ليظهر أفرادها لبعضهم كيف يختبر كل منهم صيغه.

الحامي المنفصل: بالنسبة إلى صيغة المنفصل الحامي، يمكن تعزيز فهم المشاعر من خلال تمارين التأريض. يتعلم المرضى التركيز على الأحاسيس داخل أجسادهم وكيفية التعامل مع المشاعر الصعبة، والحد من ظهور الحامي المنفصل. عادة ما يكون لوجود عدة أشخاص في المكان نفسه تأثير كبير على هذه المشاعر.

كل تمرين، ولا سيما عند استخدامه مع الطفل السعيد، يساعد على اختراق صيغة المنفصل الحامي. إذا نجح المريض في السماح بوجود المزيد من المشاعر، يصبح

أكثر انفتاحًا لتلقي الدعم والتخفيف من أعضاء المجموعة الآخرين، وسيلاحظ أن لديه خيارات كثيرة أفضل بدلًا من «الاختباء» وراء صيغة المنفصل الحامي.

الطفل المهجور/المساء معاملته: أثناء معايشة أحد المرضى لصيغة الطفل المهجور/ المساء معاملته، قد يجد أنه من الأسهل قبول التسرية والدعم من أقرانه وليس من المعالجيّن. المعالجان بالنسبة لبعض المرضى مجرد محترفين يتقاضون رواتبهم مقابل التعامل بلطف، على عكس أعضاء المجموعة.

عادة ما يكون أعضاء المجموعة مخلصين وداعمين لبعضهم، وبمجرد أن يلاحظوا أن أحدهم يعايش صيغة الطفل المهجور/ المساء معاملته، يدعمونه بشدة. في بعض الأحيان، يمكن للمرضى الاقتراب من بعضهم ولمس بعضهم مقارنة بالمعالج. وتعتبر التمارين المشتقة من العلاجات غير اللفظية أقل تهديدًا عندما يمارسها الجميع مقارنة بوجود المريض بمفرده مع المعالج. هذا يحد من الخوف من الإساءة أو العقاب، حيث يجد المريض نفسه محاطًا بغيره من المرضى الذين يعانون مشكلات مشابهة.

الطفل الغاضب/المندفع: بالنسبة لمن يلاقون صعوبة في التعبير عن غضبهم، تصبح رؤية شخص آخر يعبر عن غضبه محفزة للغاية.

ومع ذلك، يمكن أن ينتاب بعض المرضى خوف بالغ إذا عبر أحدهم عن غضبه الحقيقي والعنيف، خاصة عندما يتم توجيهه إلى عضو في المجموعة. من المهم أن يضع أحد المعالجين حدودًا لمثل هذه التعبيرات عن الغضب أو العدوان على الفور. يجب أن يكون لسلامة المجموعة الأولوية.

لاستثارة الغضب، يمكن استخدام الأساليب المستمدة من العلاج بالحركة أو العلاج الدرامي. أحد الأمثلة لذلك هي منافسة يقف فيها مريضان وظهراهما لبعضهما، ويحاولان دفع بعضهما عبر الغرفة. هناك عدد لا يحصى من التمارين الأخرى المستخدمة في العلاجات غير اللفظية التي يمكن أن تساعد على تحفيز الغضب مثل رمي الكرات أو الطرق أو الركل أو اللكم أو ضرب الوسائد، أو الخربشة على الورق. كما أن هناك تقنيات تتيح للمرضى الذين يلاقون صعوبة في التحكم في غضبهم ممارسة ذلك.

كما يمكن للمعالج المساعد حماية المرضى الخائفين من زملائهم الغاضبين عن طريق إبعادهم مع السماح لهم بالاستمرار في النظر إلى المريض الغاضب من مسافة بعيدة. يمكنه السماح لمثل هؤلاء المرضى بالاختباء خلف صف من الكراسي أو الوسائد بينما يراقبون كيف يعطي المعالج الآخر للمريض الغاضب الفرصة للتنفيس

عن غضبه واستكشاف كيف يرتبط هذا الغضب بماضيه، دون معاقبته على التعبير عن هذه المشاعر. إذا استُخدمت في مرحلة لاحقة وسائل أكثر ملاءمة للتعبير عن الغضب، يمكن للمجموعة بأكملها الانضمام.

الوالد المعاقِب: يمكن لأعضاء المجموعة تشكيل جبهة موحدة ضد الوالد المعاقِب، سواء في تمارين التخيل أو في لعب الأدوار، ما يوفقه على نحو أكثر فاعلية. أثناء تأدية تمرين إعادة صياغة الذكرى مع أحد المرضى، قد يسأل المعالج عما إذا كانت المجموعة بأكملها تريد الالتفاف حول المريض لحمايته من الوالد المعاقِب. يمكن أيضًا تدوين رسائل على البطاقات من كل أعضاء المجموعة لمكافحة الوالد المعاقِب. كما يمكن إنشاء ملف صوتي يستطيع المريض استخدامه بعد ذلك عندما ينشط والده المعاقِب مرة أخرى.

علاوة على ذلك، يمكن للمجموعة صنع دمية ترمز إلى الوالد المعاقِب. تُصنع الدمية من قطعة قماش يكتب كل عضو في المجموعة عليها أقوال الوالد المعاقِب. يسمح هذا لأعضاء المجموعة باكتشاف صورة الوالد المعاقِب في مخيلة الأعضاء الآخرين. يمكن بعد ذلك صنع دمية ثانية تُكتب عليها كل الأشياء الإيجابية عن كل مريض، أو يمكن كتابة الأشياء الإيجابية على ظهر الوالد المعاقِب كشكل من أشكال مقاومته. يمكن بعد ذلك استخدام هذه الدمى في تمارين أخرى (انظر الأساليب الموضحة أدناه).

الراشد السليم: لا يتطور الراشد السليم على أساس القدوة التي يمثلها المعالجان فحسب، بل التي يمثلها أعضاء المجموعة أيضًا، حيث يظهرون لبعضهم أنه من الطبيعي التعبير عن المشاعر والاحتياجات، وأن الجميع مسموح لهم بارتكاب الأخطاء، وأن لكل شخص نقاط قوة ونقاط ضعف. باستخدام تقنيات العلاجات غير اللفظية، يمكن ممارسة التعبير عن المشاعر بالأساليب اللفظية وغير اللفظية.

من المذهل عدد المرضى الذين يمكنهم تمثيل صيغة الراشد السليم لدى الآخرين، رغم عجزهم عن فعل الشيء نفسه من أجلهم. إن التعبير لبعضهم عن منظور الراشد السليم مفيد للمرسلين والمستقبلين. في العلاج الجماعي، هناك طرق أكثر للتعبير عما يفعله الراشد السليم أكثر من تلك الموجودة في البيئة الفردية. يمكن لأعضاء المجموعة الخروج والترتيب للقيام بأنشطة معًا تقوي الراشد السليم. يمكن لأعضاء المجموعة القيام بالكثير من الأشياء معًا، ولكن لا يُنصح ببدء علاقة رومانسية مع زميل في المجموعة إلى أن يقوم الأعضاء المعنيون بتعزيز الراشد السليم بشكل كافٍ. وللأنشطة التي يمارسها أعضاء المجموعة مع بعضهم تأثير علاجي حيث يكون

مرضى اضطراب الشخصية الحدية أكثر تقبلًا لبعضهم من الأشخاص الآخرين في محيطهم.

يتمثل أحد التمارين المشتقة من العلاج الإبداعي في صنع سوار هوية بالخرز. يتم إعطاء كل عضو في المجموعة عددًا من الخرزات المختلفة. يتناوب الجميع على إعطاء خرزة للعضو الآخر ويشرح السمة الإيجابية التي يرمز إليها بتلك الخرزة. يقوم المريض بصنع سوار من هذا الخرز ويكتب على بطاقة ما ذُكر مع كل خرزة. يسهم هذا السوار في بناء الهوية الشخصية.

بناء الهوية الشخصية

يحدث بناء الهوية في المقام الأول من خلال التعليقات التي تحدث خلال تجربة الأنشطة المختلفة، فضلًا عن تلك الواردة من الأشخاص المهمين في حياة المرضى (خاصة الآباء والأقران في مرحلة المراهقة). لا يبني المصابون باضطراب الشخصية الحدية هوية إيجابية بسبب العقاب والنقد والسلبية والهجر. إنهم يواجهون صعوبات في تجربة أشياء جديدة، حيث تتم استثارة صيغة الوالد المعاقِب مع كل فشل، ويحفّز المنفصل الحامي المريض على الخمول والتجنب.

في العلاج الجماعي، يمكن أن تتطور عملية بناء الهوية على نحو أسرع لأن التعليقات البناءة تأتي من أعضاء المجموعة فضلًا عن المعالجين. في المرحلة الأخيرة من العلاج، يعمل المرضى كمجموعة من المراهقين الذين يبحث كل منهم عن هويته الخاصة وينشغلون بعملية التميز والتحرر. إنهم يساعدون بعضهم بعضًا على بناء الراشد السليم من خلال العمل معًا على استكشاف ما يرونه مهمًّا في الحياة وطبيعة العلاقات التي يرغبون في تكوينها. بالتحرر من المعالجين يسير العلاج بسهولة أكبر إذا كانت تجارب المريض تحدث في مجموعة.

تعديل أساليب العلاج التخطيطي لاستخدامها في العلاج الجماعي

يمكن تطبيق جميع الأساليب التي تم وصفها في الفصول السابقة في العلاج الجماعي، لكن مع إجراء بعض التعديلات، التي سنصفها في الفقرات التالية.

تبدأ المجموعة دائمًا بتكوين رابطة آمنة من خلال الوقوف في دائرة بصحبة المعالجين. يتحدث المعالجان ببعض الكلمات الترحيبية ويؤكدان أن هذا مكان آمن لمناقشة كل شيء ومشاركة الاحتياجات والمشاعر.

يتم الوصل بين جميع أعضاء المجموعة ببطانية طويلة من الصوف. يمكن لكل عضو في المجموعة استخدامها أثناء التدريبات الأخرى إذا رغبوا في الشعور بأنهم أكثر ارتباطًا بالمعالج أو أحد أعضاء المجموعة.

نظرًا لأن كل مريض يحتاج إلى التحدث إليه أثناء الجلسة الجماعية، فليس من المعتاد العمل لمدة طويلة مع أي مريض واحد. غالبًا ما يتم تطبيق التقنيات في شكل مختصر (7 دقائق على الأكثر) أو مقاطعتها بانتظام بحيث يمكن مشاركة الخبرات مع بقية المجموعة، ما يتيح للجميع فرصة الاستفادة.

على المعالج أن يدعو أعضاء المجموعة إلى قول أشياء داعمة أو مساعدة أو أي شيء آخر يلبي احتياجات الطفل المهجور أثناء إعادة صياغة الذكرى.

يتم تحفيز المرضى قدر الإمكان للمشاركة في هذه التمارين، ولكن إذا كان هناك من لا يرغب في الانضمام إليها أو غير قادر على ذلك، سيفيده أن يراقب ما يحدث بانتباه كي يتعلم منه. يلعب المعالج المساعد دورًا مهمًّا في إشراك جميع أعضاء المجموعة من خلال الكلمات والإيماءات والتواصل البصري.

إعادة صياغة الذكرى: في المرحلة الأولى، يتعلم كل عضو في المجموعة إنشاء ملاذ آمن خاص به، يمكنه استخدامه في بداية أو نهاية إعادة صياغة الذكرى. بالنسبة للمرضى الذين يلاقون صعوبة في تصور مكان آمن، قد يفيد معرفة الملاذات الآمنة التي يستخدمها الآخرون لاستلهام تلك الخاصة بهم. يمكن للمعالجين المساعدة أيضًا من خلال اقتراح مكان آمن. أحد الأمثلة هو إنشاء نوع من «فقاعة الأمان» من حولك التي يمكنك تحديد من تريد السماح له بدخولها ومن تريد منعه. يمكن أيضًا ترميز العلاقة بين أعضاء المجموعة، حيث يجلس الجميع في دائرة ممسكين ببطانية طويلة من الصوف تربطهم ببعضهم.

بمجرد العثور على ملاذ آمن، يطلب المعالجان من كل مريض تخيل أنه طفل صغير لبضع لحظات، للتواصل مع الطفل المهجور. ثم يفتح الجميع أعينهم ويصفون ما عاشوه أو شعروا به. إذا كان رد فعل أحدهم أقوى من البقية، يُطلب منه إغلاق عينيه مرة أخرى والعودة إلى الطفل المهجور/المساء معاملته لاستكشاف احتياجاته في تلك اللحظة. يمكن لأعضاء المجموعة تحديد ما إذا كانوا يدركون هذه الحاجة أو ما إذا كانوا قد مروا أيضًا بمواقف لم تُلب احتياجاتهم فيها. يقوم المعالجون بعد ذلك بتحفيز أعضاء المجموعة على التفكير في أكبر عدد ممكن من الطرق التي يمكن من خلالها تلبية حاجة الطفل والسماح لجميع أعضاء المجموعة بالمساعدة على إعادة صياغة

الذكرى. كما يحسن بالمعالج إشراك أعضاء المجموعة في إعادة صياغة الذكرى عن طريق مطالبة المريض بحمل بطانية من الصوف والسماح لعضو آخر في المجموعة بحمل الجانب الآخر من البطانية. إذا غلبت المريض مشاعره، فيمكن للشخص الآخر جذبها كشكل من أشكل التواصل.

في مرحلة لاحقة من العلاج، يمكن أن يُطلب من جميع أعضاء المجموعة إغلاق أعينهم مرة أخرى وتخيل أنهم في الموقف نفسه الذي يتذكره المريض من ماضيه. إذا كان الموقف يتضمن إساءة، يمكن أن يبقي أعضاء المجموعة الآخرين أعينهم مفتوحة دون أن ينضموا أو يتدخلوا، حيث يقوم المعالج بذلك بدلًا منهم. لكن في بعض الأحيان يكون المشاركون أقوياء بما يكفي للمشاركة في إعادة صياغة الذكرى المتخيلة. تذكر أن المجموعة ككل وسيلة قوية لحماية الطفل ومواجهة المعتدي. على أية حال، يمكنهم الاستفادة من إعادة صياغة الذكرى؛ لأنهم يرون كيف يضمن المعالج بقاء المريض آمنًا ومدعومًا. بعد اكتمال التمرين، يمكن إعادة صياغة ذكرى مختلفة مع مريض مختلف أو يمكن للمجموعة الانتقال إلى تمرين آخر.

لعب الأدوار: عند لعب الأدوار من الحاضر أو الماضي، يتم استخدام أكبر عدد ممكن من أعضاء المجموعة لتمثيل أدوار مختلفة. عند لعب الأدوار في المواقف الحالية أو المستقبلية، يمكن لأعضاء المجموعة المساعدة في التفكير في ردود الفعل المختلفة وإظهارها. غالبًا ما يكون المرضى أقدر على إظهار السلوك المفيد أثناء لعب الأدوار، على الرغم من أنهم قد لا يكونون قادرين على تطبيق هذا حين يتعلق تمثيل الموقف بذكرياتهم هم. كما أن التدرب على المهارات - خاصة تلك المتعلقة بالتعبير عن المشاعر - يتم بشكل أكثر فاعلية في العلاج الجماعي مقارنة بالعلاج الفردي.

بالنسبة للعب الأدوار من سيرة المريض، تتمثل الميزة في إمكانية محاكاة المواقف المعقدة من الماضي مع قيام العديد من المشاركين بملء الأدوار المختلفة. على سبيل المثال: يمكن محاكاة موقف في المدرسة شعر فيه المريض بالنبذ، حيث يمثل أفراد المجموعة أدوار زملاء الدراسة والمعلم، ما يوفر مزيدًا من المعلومات ومساحة أكبر للتفسيرات البديلة.

الميزة الرئيسية هي أن هذا النوع من لعب الأدوار يضمن خروج المرضى من صيغة المنفصل الحامي ونمو الراشد السليم بشكل أفضل من خلال دعمه للطفل المهجور الخاص بمريض آخر.

تقنية كرسيين أو أكثر: عند استخدام تقنية كرسيين أو أكثر في العلاج الجماعي، لا يكون هناك كرسي فارغ، بل يتخذ أعضاء المجموعة أو المعالجين أدوار الصيغ التي يتم العمل عليها. يمكن صنع دمية تمثل الوالد المعاقِب - التي وصفناها سابقًا - وإجلاسها فوق الكرسي حتى تتمكن المجموعة بأكملها من التركيز على الدمية. يمكن بعد ذلك رمي الدمية بعيدًا أو وضعها في خزانة للدلالة على مغادرة الصيغة، وإبقائها بعيدًا. نظرًا لوجود معالجين اثنين، يمكن لمعالج الجلوس على كرسي الوالد المعاقِب دون أن تشعر المجموعة بالهجر. يحسن بالمعالج الآخر بعد ذلك العمل على مقاومته (مع أكبر عدد ممكن من المرضى) والدفاع عن حقوق الطفل المهجور/المساء معاملته.

الأساليب المعرفية والسلوكية: يتم تطبيق الأساليب المعرفية بسهولة أكبر في العلاج الجماعي مقارنة بالفردي، حيث يلاقي كل مريض صعوبة أقل في التعرف على الراشد السليم لدى بقية أعضاء المجموعة الآخرين مقارنةً بالراشد السليم بداخله. في العلاج الفردي، يحتاج المعالج نفسه إلى توفير منظور صحي، ولكن غالبًا لا يتم تصديقه أو الوثوق به بسهولة لأنه ليس «واحدًا منهم». تتمثل الميزة الأخرى للعلاج الجماعي في إمكانية تحليل الموقف والمخطط الأساسي من وجهات نظر مختلفة، بحيث يتم إبراز الفروق الدقيقة في مرحلة مبكرة. في الحالات التي يتكرر فيها المخطط لدى عدد من أعضاء المجموعة، يكون للفوارق الدقيقة تأثير أوسع نطاقًا على المجموعة ككل.

وبالمثل، يمكن تطبيق الأساليب السلوكية بسهولة أكبر نظرًا لوجود العديد من الاحتمالات عند ممارستها مع عدة أشخاص في بيئة آمنة، كما هي الحال في العلاج المعرفي، يظهر الراشد السليم لدى بعض المرضى بمزيد من الكفاءة حين يلعبون دور أحد الزملاء، بينما يعجزون عن القيام بذلك من أجل أنفسهم.

صعوبات العلاج التخطيطي الجماعي

يعد دور المعالج في العلاج الجماعي أكثر تعقيدًا من نواح عديدة مقارنة بالعلاج الفردي. يحتاج المعالجان إلى تكملة دوري بعضهما ليتمكنا من التعاون بأكبر قدر ممكن من الفاعلية؛ نظرًا لأن أدوار المعالج والمعالج المساعد تتغير باستمرار، يحتاج كلاهما إلى التحلي بالمرونة في ردود فعلهما. تمامًا كما هي الحال مع أي أبوين، يمكن أن يؤدي ذلك بطبيعة الحال إلى نشوء توتر بين المعالجين. كما يمكن أن يؤثر العلاج الجماعي على المخططات المتعددة والمختلفة للمعالج في الوقت نفسه، وهو شيء غير محتمل أن يحدث في العلاج الفردي. وليس من السهل دائمًا التعامل مع مثل هذا الموقف. في الوقت نفسه، يمكن استثارة المخططات الضرورية بين أعضاء المجموعة

أنفسهم. يحتاج المعالجان إلى العمل معًا بشكل جيد لدعم بعضهما والحفاظ على علاج المجموعة تحت السيطرة.

في العلاج الجماعي، يتنافس أعضاء المجموعة على جذب انتباه المعالجين، تمامًا مثل الأشقاء في الأسرة. بالنظر إلى أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية لديهم العديد من الاحتياجات، فغالبًا ما يشعر المعالجون بأنهم لا يفعلون ما يكفي لمساعدتهم. يحظى المرضى باهتمام أقل من المعالج مقارنة بجلسات العلاج الفردية، ولكن يتم تعويض ذلك من خلال حقيقة أن الأعضاء يمكنهم الحصول على الدعم من بعضهم وتجربة شعور تقديم الدعم للآخرين.

كما تُعالج المشكلات بشكل أفضل في الجلسات الفردية، مثل الصدمات الشديدة التي تكون حميمية أو صادمة للغاية؛ لذلك يوصى بالحد الأدنى من الجلسات الفردية حتى عندما يكون التنسيق الأساسي علاجًا تخطيطيًا جماعيًا.

الحالة التي يجدها العديد من المعالجين في العلاج الجماعي شديدة الصعوبة هي عندما يصبح المشارك عدوانيًا أو يتصرف بشكل آخر غير لائق. يجب أن يتفاعل المعالج على الفور، ويضع حدودًا صارمة، وإذا لم ينجح ذلك، يطلب من المشارك مغادرة المجموعة قليلًا إلى أن يهدأ. إذا تردد المعالج في تعيين الحدود، فإنه يعرض سلامة المجموعة للخطر وتصبح محاولة إصلاح هذا في الجلسة التالية شديدة الصعوبة (تترسخ تجربة بالتهديد وعجز المعالج في ذاكرة المرضى ولا يمكن تغييرها بسهولة). يجب أن يتدرب المعالجون الجماعيون على كيفية التدخل عند حدوث مثل هذه المواقف.

المخطط الشائع لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية هو غياب الثقة. هذا يعني حاجة المعالجين إلى ترسيخ أفكار الصدق والعدالة ليكونا قادرين على معاملة جميع أعضاء المجموعة بإنصاف ومساواة قدر الإمكان وتنمية مشاعر الثقة المتبادلة. يعد الدعم والمساعدة من مجموعة دعم جيدة يوجد فيها معالجون جماعيون آخرون، وفي حالة انعقاد جلسات علاجية فردية موازية، يمكن أن يشارك المعالجون الفرديون أيضًا، وهو أمر ضروري للوصول بهذا الشكل من العلاج التخطيطي الجماعي إلى نتيجة ملائمة.

ملخص

يختلف العلاج التخطيطي الجماعي لمرضى اضطراب الشخصية الحدية - الذي طوره فاريل وشو وآخرون (2009، 2012، 2014) - عن العلاج الجماعي التوجيهي

والديناميكي النفسي بعدة طرق مهمة. تم دمج عناصر شكلي العلاج الجماعي والعلاج التخطيطي الفردي في نموذج العلاج الجماعي الفعال لمرضى اضطراب الشخصية الحدية.

هناك اختلافات مهمة بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي. بالنسبة للعلاج التخطيطي الجماعي، تحتاج التقنيات المستخدمة في العلاج الفردي، والموضحة في الفصول 6 – 8 إلى تعديل. وقد ناقشنا الطرق والأساليب والتقنيات المختلفة بتفاصيل أقل من الفصول المتعلقة بالعلاج الفردي، لكننا نفترض أنه بالجمع بين هذا الفصل وبقية الفصول السابقة، ستتوافر لك بعض الأفكار الأولية حول هذا الشكل من العلاج الجماعي.

لعلاج اضطراب الشخصية الحدية، عادة ما يتم الجمع بين العلاج التخطيطي الجماعي والعلاج التخطيطي الفردي. إذا لم يتوافر العلاج التخطيطي الفردي من المعالج الجماعي، فيجب توفير إشراف أقران منتظم بين المعالجين الفرديين والجماعيين لإبقاء بعضهم مطلعين على كيفية تطور المرضى ومنع «الانفصام». يتم إبلاغ المرضى بمشاركة جميع المعلومات بين المعالجين، بحيث لا يمكنهم المطالبة بسرية. ومع ذلك، فإن المعالج الجماعي لا يشارك معلومات من العلاج الفردي في المجموعة دون موافقة صريحة من المريض.

أخيرًا، تجدر الإشارة إلى أنه عند استخدام تنسيق شبه مفتوح للعلاج التخطيطي الجماعي، يجب تكييف النهج مع حقيقة أن المشاركين يغادرون المجموعة في لحظات محددة (مخطط لها)، ويدخل المشاركون الجدد الجلسة التالية. يمكن أن تساعد طقوس معينة على تنظيم هذه الأوقات وتوجيه المشاعر (ومن ثم الصيغ) التي تتم استثارتها.

العلاج التخطيطي للأزواج

يطبق أتكنسون (2012) العلاج التخطيطي للأزواج منذ عام 2007. كان الإلهام الأساسي لهذا هو العلاج العاطفي المركّز على الزوجين الذي ابتكره جونسون (2003a, 2003b, 2004) وعلاج الأزواج الذي وصفه جوتمان (1999) وجوتمان وسيلفر (1999) وجوتمان وديكلير (2001). على حد علمنا، لا يوجد مؤلفات متاحة فيما يتعلق بالعلاج التخطيطي للأزواج، التي يتم تشخيص أحد الزوجين فيها باضطراب الشخصية الحدية؛ لذلك لا علم لنا بأبحاث أجريت حول هذا العلاج يكون

فيها أحد الزوجين - أو كلاهما - مصابًا باضطراب الشخصية الحدية. ومع ذلك فقد قررنا تخصيص فقرة في هذا الكتاب للموضوع. استنادًا إلى دورة وورش عمل بقيادة أتكينسون وروديجر، ومناقشات أجرتها مجموعة من المعالجين في مركز الصحة العقلية المجتمعي في ماستريخت (Atkinson, 2012; Simeone-DiFrancesco et al., 2015) سنصف العلاج التخطيطي للأزواج الذين تم تشخيص أحد الزوجين فيه باضطراب الشخصية الحدية.

توضيح العلاج التخطيطي للأزواج حيث يكون أحد الزوجين مصابًا باضطراب الشخصية الحدية

إذا كانت الحاجة للعلاج تركز بشكل أساسي على موضوعات العلاقة، يعتبر علاج الأزواج مسارًا أوليًّا مناسبًا للعلاج. من المعتاد دعوة شريك الحياة من حين لآخر لجلسات العلاج الفردية الخاصة باضطراب الشخصية الحدية، لكن الأهداف تكون محدودة عادة، دون علاج كامل للأزواج يعمل فيه كلا الزوجين على مخططاتهما وصيغهما.

ليس من السهل إقناع شريك الحياة بأنه يحتاج للنظر في مشكلاته هو أيضًا في حالة تشخيص شريكه باضطراب الشخصية الحدية. تقتصر الاستشارة على محادثتين تتضمنان التثقيف النفسي حول مشكلات المريض وتقديم المشورة حول كيفية التعامل معها. إذا كانت مشكلة العلاقة هي الأكبر وكان علاجها الطلب الأساسي من المريض، فمن الممكن النظر في علاج كلا الزوجين. لا يعتمد خيار العلاج التخطيطي للأزواج على طلب المريض، بل أيضًا على تقييم المعالج لما إذا كان علاج الأزواج لديه فرصة للنجاح بحسب حالة ووضع الزوجين.

على عكس العلاج التقليدي للأزواج، يمكن في العلاج التخطيطي تقديم جلسات فردية إلى جانب علاج الأزواج. يكون هذا مطلوبًا بشكل خاص عندما يعاني أحد الزوجين أو كلاهما أمراضًا نفسية شديدة، مثل اضطراب الشخصية الحدية. في الجلسات الفردية، ينصب التركيز على العمل على مشكلات المريض الفردية لا على المشكلات الزوجية، باستخدام الأساليب التجريبية للتعامل مع صيغ معينة مثلًا. وبالتالي، فإن هذا الجمع بين الجلسات الفردية والزوجية مشابه للجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي.

لا يكون علاج الأزواج الخيار الأول إذا كانت هناك علاقات أخرى خارج إطار الزواج، أو مشكلات عنف، أو تعاطي المخدرات، أو خلافات أخرى غير قابلة لحلها

(Atkinson, 2012). في كثير من الأحيان، تكون العلاقة العاطفية في حياة المصاب باضطراب الشخصية الحدية مع شريك يعاني مشكلات نرجسية (Solomon,1998)، أو اضطراب الشخصية الانعزالية، أو اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية.

يميل المصابون باضطرابات الشخصية إلى إلقاء اللوم على الآخرين في مشكلاتهم، وفي هذه الحالة، يلومون الشريك المصاب باضطراب الشخصية الحدية. لكن في أغلب الأحيان يكون اختيارهم لشركاء مصابين باضطراب الشخصية الحدية مدروسًا ومتعمدًا. إذا نظرنا إلى المخططات الشائعة الحدوث مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية وشركائهم، نلاحظ أنها تتمحور حول المخططات التي تكمل أوجه القصور لدى بعضهم. وإليك بعض الأمثلة:

- الرجل الصارم والمفرط في النقد وغير القادر على التعبير عن مشاعره قد يختار امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية تعاني الهجر أو عدم الاستقرار أو انعدام الثقة أو الإساءة. وهو يختار مثل هذه الزوجة لأنها تستطيع التعبير عن مشاعرها بقوة، ما يجعل شريك الحياة أكثر اتصالًا بمشاعره. على الرغم من أن هذا الرجل يمكن أن يوفر لها الاستقرار، فإن مخططاته قد تقود إلى مواقف انتقادية تستثير صيغة المعاقِب لدى زوجته المصابة باضطراب الشخصية الحدية.
- يمكن لرجل لديه شعور زائد بالاستحقاق أن يقدم لزوجته المصابة باضطراب الشخصية الحدية أمانًا واستقرارًا إلى درجة معينة، طالما وافقت على أن تكون الطرف «الأدنى» في العلاقة مستثيرًا مخطط النقص/الخزي لديها. يختار هذا الرجل امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية؛ لأنه يحتاج إلى شريك يتطلع إليه ويعجب به ويؤكد مشاعره بالتفوق. بمجرد أن تحل المرأة مشكلاتها وتسعى جاهدة لجعل المعاملة أكثر مساواة، تنشأ التوترات بينهما ويحاول الرجل إضعافها، واستثارة صيغة المعاقِب، وإيذاء الطفل المهجور بداخلها.
- الرجل شديد المراعاة بسبب مخطط التضحية بالنفس/القهر لديه (وغالبًا يعمل اختصاصيًّا اجتماعيًّا أو مقدم رعاية في أحد المجالات) يرعى الطفل المهجور بداخل زوجته، ولكنه يديم مشكلاتها جزئيًّا من خلال معاملتها باعتبارها الطرف الأضعف. يختار هذا الرجل امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية ليكون لديه من يشبع حاجته للتقدير من خلال الاهتمام بالضعفاء. إذا أرادت المرأة أن تتعافى وتنمي الراشد السليم بداخلها، فستحتاج إلى دعم أقل، وبهذا يفقد زوجها دوره في العلاقة، ما قد يعني نهاية العلاقة.

- الرجل الذي تكون إستراتيجية التأقلم لديه هي التجنب ولديه مخططات شبيهة بمخططات زوجته (مثل الحرمان العاطفي والفشل والهجر/عدم الاستقرار، والخزي/النقص) يمكن أن يكون عامل استقرار لزوجته المصابة باضطراب الشخصية الحدية؛ لأنه لا يظهر مشاعر قوية أبدًا. يختار هذا الرجل امرأة مصابة باضطراب الشخصية الحدية؛ لأنها تعبر عن مشاعرها في أحيان كثيرة (وإن بقوة وحدة) ما يسمح له باختبار مشاعره بأمان وعلى نحو غير مباشر من خلال هذه الزوجة. ولكن إذا احتدمت الأمور أكثر من اللازم، يعتمد الزوج على إستراتيجيته التأقلمية المتمثلة في التجنب. يتجنب هذان الزوجان الحميمية في التعامل ويزيدان من آلام الطفل المهجور ويعززان المنفصل الحامي لدى بعضهما.

(يمكن طبعًا عكس دوري الرجل والمرأة في الأمثلة السابقة).

لذلك، لجعل علاج الأزواج ممكنًا، من المهم تحفيز كلا الزوجين للعمل على مشكلات علاقتهما وفحص الصيغ والمخططات الخاصة بكل منهما.

مزايا علاج الأزواج

في علاج الأزواج، تظهر المشاعر على السطح على نحو أسرع بكثير من العلاج الفردي لأن الزوجين يحرران مخططات وصيغ بعضهما بسهولة من خلال إجراءات أو ردود فعل معينة. الميزة هنا هي أن المعالج يحتاج لطاقة أقل بكثير لاختراق صيغة المنفصل الحامي. إذا كان العلاج ناجحًا، وتمكن كلا الزوجين من اختراق الأنماط القديمة، والتخفيف عن الطفل المهجور ودعمه لدى بعضهما، تكون عملية التعافي أسرع من تلك التي تتم في الجلسات الفردية. في نهاية المطاف، يخوض المريضان قدرًا أكبر من التجارب التصحيحية؛ لأنهما يريان بعضهما يوميًّا بدلًا من مرة أو مرتين في الأسبوع خلال جلسات المعالج.

علاوة على ذلك، يمكن أن يكون لردود الفعل الإيجابية تأثير أعمق وأكثر استدامة بكثير عندما يأتي رد الفعل من شريك الحياة، الشخص الذي يعتبر تأثيره أهم تأثير في حياة المريض في ذلك الوقت. لا يمكن توقع عملية التأكيد والدعم المتبادل إذا كان اختيار شريك الحياة مبنيًّا على مرضه النفسي. إذا نما كلا الزوجين كراشدين سليمين، فقد يكتشفان أنهما لم يعودا مناسبين لبعضهما، وهذا يعني إمكانية إنهاء العلاقة.

تتمثل ميزة العلاج التخطيطي مقارنة بالأشكال الأخرى من علاج الأزواج في أن استخدام الإطار المرجعي العلاجي التخطيطي يسهّل على المريضين فهم ما يجري بداخلهما وكيف يؤدي ذلك إلى مشكلات في العلاقة. بمجرد أن يفهم الزوجان أن مشكلاتهما مرتبطة بمخططات أو صيغ متضاربة، يقل الميل لإلقاء اللوم على بعضهما وينشأ جو أكثر استرخاءً وانفتاحًا في العلاقة. إن بناء هذه العلاقة الآمنة يمنح كلا الزوجين مساحة لمناقشة الخصائص الفردية لمشكلاتهما والتعافي بمساعدة بعضهما.

من مزايا علاج الأزواج قدرته على تحقيق نتائج أسرع من العلاج الفردي. يوضح أتكينسون أن العلاج التخطيطي للأزواج المصاب أحدهما باضطراب الشخصية الحدية يستمر نحو عام كامل. ما لا يزال بحاجة إلى البحث والدراسة هو ما إذا كان التعافي من اضطراب الشخصية الحدية بعد عام مشابه للعلاج الفردي الذي تكون مدته 3 أعوام أو العلاج الجماعي الذي تكون مدته عامين، وما إذا كانت النتائج المذكورة مرتبطة بشكل مباشر بتحسن العلاقة الزوجية.

العلاقة العلاجية

على الأقل، يحتاج المعالج إلى إتمام التدريب الأساسي كمعالج للأزواج ومعالج تخطيطي، قبل أن يصبح قادرًا على تطبيق العلاج التخطيطي لعلاج مشكلات العلاقات الزوجية. كما يجب أن تكون لديه معرفة شاملة باضطرابات الشخصية الأخرى بخلاف اضطراب الشخصية الحدية، حيث يكتشف صيغًا أخرى غير تلك الموجودة في اضطراب الشخصية الحدية تلعب دورًا مهمًا. يحتاج إلى بناء علاقة داعمة متساوية مع كلا الزوجين، وهذا تحدٍّ كبير عند التعامل مع اضطرابات الشخصية الشديدة؛ لأن مخططات المعالج لا تتم استثارتها بواسطة شخص واحد، بل بشخصين يتفاعلان مع بعضهما؛ لذلك فإن توفير مجموعة دعم من أقران المعالج ضروري للغاية.

كما هي الحال في العلاج الفردي، يتمثل دور المعالج في العلاج التخطيطي للأزواج في مساعدة كلا الزوجين، مستخدمًا في ذلك إعادة التربية المحدودة، بهدف فهم مخططاتهما وصيغهما وتغييرها. إذا هدد أحد الزوجين الطفل المهجور لدى الآخر حين يعايش صيغة الطفل الغاضب، أو الوالد المعاقِب/الناقد، أو حين تهيمن عليه صيغة التعويض المفرط العدواني على المعالج حماية صيغة الطفل المهجور/المساء معاملته. للمزيد حول الصيغ الأخرى، انظر: (Arntz & Jacob, 2017; Jacob, van Genderen, & Seebauer, 2015; and Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

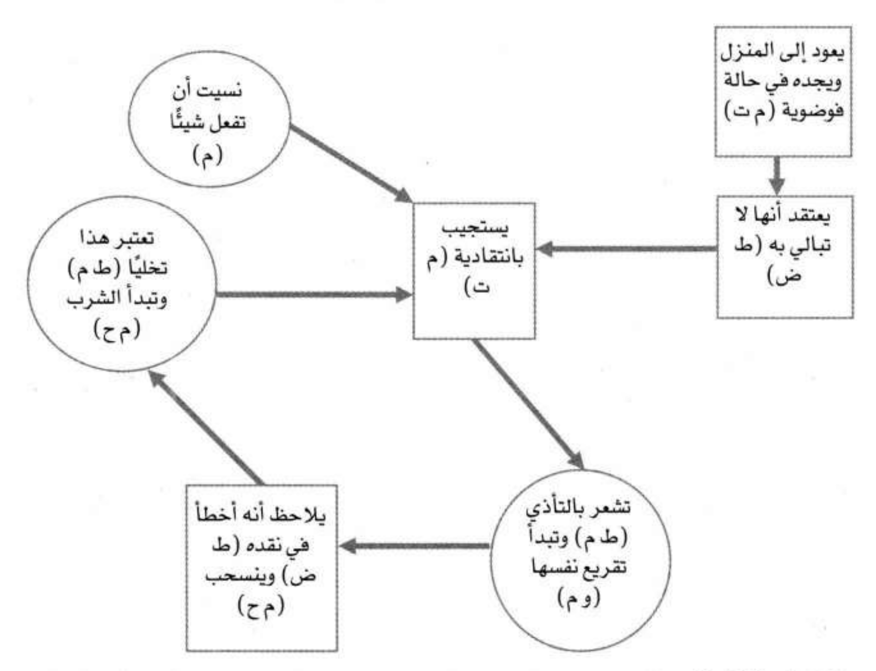
إذا عزل أحد الزوجين أو كلاهما نفسه عن مشاعره ولجأ إلى صيغة التأقلم، فعلى المعالج اختراق هذه الصيغة وإشراك الشريك الآخر بقدر أكبر في الجلسة. قد يمثل هذا تحديًا بشكل خاص في حالة صيغ التعويض المفرط القوية، مثل صيغة المتمحور حول ذاته، أو صيغة المفرط في التحكم، أو صيغة المتنمر المهاجم. من خلال التقنيات المختلفة، يتخذ المعالج في البداية دور الراشد السليم لإظهار كيف يمكنه دعم الطفل المهجور باستخدام هذا المنظور.

تصور الحالة

جنبًا إلى جنب مع المريضين، يضع المعالج تصورًا لمشكلة كل منهما ويعمل في الوقت نفسه على توضيح كيفية تفاعل مخططات وصيغ كل منهما مع بعضهما، وكيف يؤدي ذلك إلى دوامة تدهور في العلاقة، وهو ما يطلق عليه تسلسل الصيغ (انظر الشكل 10 .1). يوضح تسلسل الصيغة أن المواقف المختلفة يمكن أن تؤدي إلى التصعيد نفسه، سواء من منظور المرأة (أعلى اليسار) أو من منظور الرجل (أعلى اليمين).

يسرد المعالج المشكلة بمساعدة التقنيات الموضحة في الفصل 4 ويطلب من كلا الزوجين (ويفضل على انفراد) ملء استبيان للمخططات واستبيان للصيغ. هناك احتمال كبير ألا تعطي نتائج الاستبيان نظرة عامة كافية عن حالة كل منهما النفسية. يمكن أن تكون أسباب ذلك محاولة كل زوج من الزوجين «إثبات» أنه ليس مصدر المشكلات و/أو خلق انطباع بأن مرضه ليس مستفحلًا مثل مرض الآخر. هذا هو السبب في أن التقنيات الأخرى المستخدمة لتحديد المشكلات المعنية لا تقل أهمية عن الاستبيانات.

ينصح أتكينسون (2012) بإجراء محادثة أو محادثتين مع الزوجين معًا فضلًا عن محادثتين فرديتين، تليهما محادثة جماعية أخيرة. بناءً على تجربتنا، يمكن أن يكون شريك الحياة حاضرًا أثناء المحادثة خلال مناقشة ماضي كل منهما وأسباب مخططاته وصيغه. يمكن أن يوفر هذا أيضًا مساهمة إيجابية في فهم كلا الزوجين لمخططات وصيغ الآخر، بالإضافة إلى أصولها في طفولة كل منهما. إذا أجرى المعالج استشارات فردية، تطبق القاعدة التي تنص على عدم السماح بإخفاء محتويات هذه المحادثات عن الآخر. إذا أخبر أحدهما المعالج بسر، فعليه إخبار شريكه في غضون شهر وإلا فسيتم إيقاف العلاج.



الشكل (1.10) مثال لتسلسل الصيغ لدى الزوجين: الزوجة مصابة باضطراب الشخصية الحدية والزوج مصاب باضطراب الوسواس القهري.

(م = الموقف، ط م = الطفل المهجور/المُساء معاملته، ط ض = الطفل الضعيف، م ح = المنفصل الحامي، م ت = المفرط في التحكم، و م = الوالد المعاقِب)

بناءً على المواقف التي تقع خارج نطاق الجلسة، وبشكل خاص بناءً على التفاعلات داخل الجلسة، يحاول المعالج تحديد الأنماط التقليدية المهيمنة على العلاقة. من طرق تحقيق ذلك هي أن تطلب من الزوجين مناقشة مشكلة ليس لديهما حل واضح لها لمدة 15 دقيقة، ودون تدخل المعالج. بعد ذلك يحاول المعالج أن يشرح للشريكين الأنماط التي يراها، وأي الصيغ تلعب دورًا.

وفقًا لأتكينسون (2012)، هناك خمسة تسلسلات للصيغ مرتبطة بإستراتيجيات التأقلم الثلاث المعروفة:

- حلقة القتال/الهروب: يهاجم أحد الزوجين الآخر مستخدمًا صيغة المعاقِب أو الطفل الغاضب ويلجأ الآخر إلى المنفصل الحامي.

- حلقة القتال/القتال: يتفاعل كلا الزوجين بشكل انتقادي تجاه بعضهما. تهيمن على كليهما صيغة الوالد المعاقِب المنتقد أو الحامي الغاضب أو الطفل الغاضب.
- حلقة القتال/التجمد: يلجأ أحد الزوجين إلى الهجوم (مستعينا بصيغة الوالد المعاقِب على سبيل المثال) بينما يتجمد الآخر ويلجأ إلى الخضوع (صيغة المستسلم المطيع).
- حلقة التجمد/التجمد: يحدث هذا مع الأزواج الذين لا يطالبون شركاءهم بتلبية احتياجاتهم، سواء لعدم الرغبة أو القدرة. (يلجأ كلاهما إلى صيغة المستسلم المطيع).
- حلقة الهروب/الهروب: يعيش كلا الزوجين حياة منفصلة إلى حد كبير دون تواصل عاطفي. (تهيمن على كلا الزوجين صيغة المنفصل الحامي).

بمجرد التعرف على النمط، يبدأ المريضان إدراك أن ردود الفعل عادة ما تكون ناجمة عن صيغهما التي تتم استثارتها من خلال تصرفات الآخر. يبدآن أيضًا في رؤية كيف تؤدي هذه التصرفات وردود الفعل إلى خروج الموقف عن نطاق السيطرة، دون أن تكون لديهما القدرة على الرد بشكل مختلف. كل منهما لا يرى عجزه فقط، بل عجز الآخر أيضًا.

لا يكتفي المعالج بالتوضيح اللفظي لمشكلة العلاقة، بل يلجأ أيضًا إلى التوضيح البصري برسم حلقة تُظهر صيغ كلا الزوجين. يمكن تدوين هذه المعلومات على شكل بطاقة إرشادية أو أكثر، يمكن للزوجين استخدامها كوسيلة لفهم مشكلاتهما في المنزل بشكل أفضل.

إلى جانب المعلومات المكتسبة من المحادثات وتاريخ الحالة، يمكن استخدم التخيل فيما يتعلق بتصور الحالة وربما تقنية كرسيين أو أكثر أيضًا (انظر الفصل 5: التخيل، تقنية كرسيين أو أكثر) لتوضيح تطور هذه المخططات والصيغ.

تعديل تقنيات العلاج التخطيطي لعلاج الأزواج

يمكن تطبيق جميع التقنيات التي تم وصفها في الفصول السابقة في علاج الأزواج. هناك حاجة إلى تعديلات طفيفة فقط. من الضروري أن يضمن المعالج أن يظل كلا الزوجين مشاركًا في العملية، كما هي الحال مع الأشكال الأخرى من علاج الأزواج. هما بحاجة لتعلم كيف تلبية احتياجات الآخر من الاهتمام والحب والدعم بطرق إيجابية (باستخدام صيغة الراشد السليم).

إعادة صياغة الذكرى: يسمح المعالج لأحد الزوجين بإجراء تمرين التخيل لإعادة صياغة الذكرى التي أسهمت في نشوء الصيغة. في البداية، يقوم المعالج بإعادة صياغة الذكرى بينما يراقب الشريك ما يحدث. ومع ذلك، ستثير ذكريات أحد الزوجين مشاعر وذكريات الآخر. يمكن أن تستثير الصيغ نفسها لدى الشريك (وظهور صيغة الطفل المهجور) أو يستدعي تعاطف الراشد السليم بداخله.

على المعالج أن يضمن ألا يستغرق تمرين التخيل الخاص بأحد الزوجين وقتًا طويلًا ويشرك الطرف الآخر بأسرع وقت ممكن عن طريق سؤاله عن تجاربه وأحيانًا طلب المساهمة منه في إعادة صياغة الذكرى. قد يحقق التمرين نجاحًا هائلًا حين يقف شريك الحياة إلى جوار المعالج في مواجهة الوالد المعاقِب وتهدئة الطفل المهجور/ المساء معاملته. كلما تقدمت في العملية العلاجية، زادت مساهمة شريك الحياة في إعادة صياغة الذكرى.

يمكن بعد ذلك ربط التجارب من موقف سابق بموقف حديث. من خلال جعل أحد الزوجين يربط تجربته بنزاع حديث أثناء تمرين التخيل وفي نفس الوقت ربطه بموقف من الماضي، يتمكن شريك الحياة المراقب من «الاستماع» على نحو أفضل وفهم رأي شريكه في الموقف. يحدث فرق كبير سواء قالت الزوجة: «لم تسمعني، وهذا هو السبب في طلبي الطلاق لأنني وجدتك لا تبالي بي»، أو قالت: «لم تسمعني، وظننت أنك لا تبالي بي لأن الموقف ذكرني بوالدي الذي لم يهتم بي أبدًا. لهذا السبب نسيت أن أسألك لماذا لم تسمعني، وطلبت الطلاق على الفور». إذا كانت الزوجة هنا معرضة لخطر رد الزوج على الطفل المهجور بداخلها بطريقة عقابية أو انتقادية، فعلى المعالج أن يحمي الطفل المهجور عن طريق إرغام الزوج على إيقاف هذا السلوك. ويوضح أنه سيكرر حلقة الأذى إذا استمر في التعامل بصيغة الوالد المعاقِب مع الطفل المهجور داخل زوجته.

لعب الأدوار: في العلاج التخطيطي للأزواج، يمكن تطبيق تقنيات لعب الأدوار سواء على مواقف قديمة من الماضي أو مواقف حالية. في لعب الأدوار من سيرة المريض، تتاح المزيد من الفرص لجعل شريك الحياة يلعب دور أحد الوالدين إذا سمح الموقف بذلك. في المواقف الحالية على وجه الخصوص، يمكن أن يؤدي لعب الأدوار مع عكسها إلى رؤى جديدة (انظر الفصل 5: لعب الأدوار).

تقنية كرسيين أو أكثر: مع تطبيق تقنية كرسيين أو أكثر، تنطبق الاحتمالات نفسها التي ذكرناها في تمرين التخيل. يمكن للزوجين في البداية أن يتعلما من بعضهما أن السلوك السيئ لا يمثل شريك الحياة ككل، بل ينبع من استثارة الصيغة. في المثال

الثاني، يمكن للزوجين مكافحة الصيغ المختلة لدى بعضهما من خلال مقاومة هذه الصيغ معًا (في حالة هيمنة صيغة الوالد المعاقِب أو المنتقد) أو اختراقها (في حالة هيمنة صيغة الحامي أو صيغ المواجهة الأخرى).

الأساليب المعرفية والسلوكية: يمكن استخدام الأساليب المعرفية من بداية العلاج التخطيطي للأزواج. يستفيد تصور الحالة بشكل كبير من الأساليب المعرفية من خلال مناقشة مدى صحة الإدراك المختل وشرحه باستخدام المخططات والصيغ.

يصنع الزوجان بطاقة إرشادية أو أكثر حول أنماط علاقاتهما ويجمعان المعلومات المطلوبة حول الأشكال الصحية للحميمية والألفة في العلاقة. يمكنهما أيضًا القراءة عنها في كتب مثل *Reinventing Your Life* الذي ألفه يونج (1999) أو *The Seven Principles of Making Marriage Work* الذي ألفه جوتمان وسيلفر (1999)، أو *Breaking Negative Thinking Patterns: A Schema Therapy Self-help and Support Book* الذي ألفه جاكوب وآخرون (2015). خلال علاج المخططات والصيغ، يصبح هناك مجال أكبر لتغيير السلوك. بعبارات محددة واقعية، يناقش المعالج المجالات التي يمكن فيها تعزيز الصلة العلائقية، مستفيدًا في ذلك من التمارين التي تُستخدم في أشكال أخرى من علاج الأزواج.

صعوبات العلاج التخطيطي للأزواج

صعوبات استخدام العلاج التخطيطي في مشكلات العلاقات - والتي وصفها أتكينسون (2012) - هي في الواقع الصعوبات الموجودة نفسها في الأشكال الأخرى من علاج الأزواج. يحدد أتكينسون الإيذاء البدني والإدمان وإخفاء الأسرار باعتبارها العوائق الرئيسية. علاوة على ذلك، يحذر من مخاطر استثارة مخططات المعالج نفسه فقدان مسار العلاج.

يتمثل أحد المخاطر في تشخيص أحد الزوجين باضطراب الشخصية الحدية دون الآخر في احتمالية توهم المعالج أن شريك الحياة الآخر لا يعاني أية مشكلات. وبهذه الطريقة قد يعزز المعالج صيغة الوالد المعاقِب لدى مريضته بإشعارها بأن الخطأ خطؤها. في بعض الأحيان، تكون الخبرة اللازمة مطلوبة عند التعامل مع المصابين باضطرابات الشخصية لمعرفة الصيغ المختلة، وتحديد الدور الذي يلعبه كلا الزوجين فيها.

ملخص

فـي العـلاج التخطيطـي لـلأزواج، يمكـن لـكلا الزوجيـن تعلـم دعـم الطفـل المهجـور وتعزيـز الراشـد السـليم والطفل السـعيد لـدى بعضهمـا. إذا نجـح ذلك، فقـد يوفر العلاج التخطيطي للأزواج نتائج أسرع من العلاج التخطيطي الفردي لأحد الزوجين أو كليهما. يبقـى أن نـرى مـا إذا كانـت هـذه النظريـة قابلـة للتطبيق علـى أرض الواقـع. علـى حد علم مؤلفـي هـذا الكتـاب، لـم يتـم إجـراء بحـث حـول هـذا الجانب مـن العـلاج التخطيطي حتى الآن. الدراسـات المنشـورة حـول العـلاج التخطيطـي لمشـكلات العلاقـة محـدودة للغايـة، ولكـن بنـاءً علـى المعلومـات الـواردة فـي هـذا الفصـل، نأمـل فـي إعطـاء انطبـاع أول جيـد عـن إمكانـات العـلاج التخطيطـي لـلأزواج بشـكل عـام والمصـابين باضطـراب الشـخصية الحديـة بشـكل خـاص.

11

المرحلة النهائية من العلاج

كسر أنماط السلوك

بعد اختفاء صيغ المخطط، قد تظل لدينا بقايا من مخططات و/أو صيغ التأقلم التي يجب التعامل معها. حتى إذا كان المرضى مدركين تمامًا لمخططاتهم المبكرة اللاتوافقية، وحتى إذا انتهوا من الأساليب المعرفية والتجريبية، ستعيد مخططاتهم تأكيد نفسها إذا لم يغير المرضى أنماطهم السلوكية (Young, Klosko, & Weishaar, 2003, p. 146). يمكن معالجة أنماط السلوك. على سبيل المثال: كانت نورا تميل إلى تأجيل الموضوعات الصعبة مبررة هذا بأنها ليست بهذه الأهمية. للحصول على وصف مفصل لمخططات وصيغ التأقلم، يرجى الرجوع إلى الملحقين ذ ، ر. انظر (Schema Therapy Step by Step 4 ,01 - 4 ,17 Examples of Schemas).

جنبًا إلى جنب مع المعالج، يضع المريض قائمة بالسلوكيات التي لا تزال بحاجة إلى التغيير ويرتبها حسب الأهمية، كما تتضمن هذه القائمة قرارات مهمة لا يزال يتعين على المريض اتخاذها، مثل تلك المتعلقة بالتعليم أو التوظيف. إذا تجنب ذكر موضوع مهم، يحسن بالمعالج الضغط إلى أن يضعه المريض على قائمته.

يتم استخدام الأساليب السلوكية كثيرًا خلال هذه المرحلة من العلاج لتعلم مهارات جديدة وحل المشكلات (انظر الفصل 7). يحسن بالمعالج استخدام المواجهة التعاطفية لتشجيع مريضه على إتمام الجزء الأخير من العلاج؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 3 ,01 Empathic Confrontation، End of Therapy). عليه أن يشجعه على ملاحظة مزايا وعيوب التغييرات الأخيرة التي يتعين عليه إجراؤها خلال المرحلة الأخيرة من العلاج. في المرحلة الأخيرة من العلاج، تصبح ممارسة السلوكيات الجديدة وأداء التكاليف المنزلية أهم مما كانت عليه سابقًا (انظر

الملحق ح)؛ انظر: (Schema Therapy Step by Step 3 ,11 Healthy Adult، Dealing with conflict)

تبقى الأساليب التجريبية مفيدة في تغيير أنماط السلوك القديمة. يمكن استخدام تقنية كرسيين أو أكثر لبدء مناقشة بين أنماط السلوك القديم المختلة وأنماط الراشد السليم. من المفيد أيضًا استخدام إعادة صياغة الذكرى لكن بتطبيقها على المواقف المستقبلية الصعبة التي يكون فيها المريض راشدًا سليمًا، حيث يساعد هذا المريض على توقع الموقف الحقيقي. يمكن أن يمنح هذا المريض المزيد من الثقة بالنفس ويسهل عليه التصرف بشكل مختلف تجاه العلاقات القديمة والجديدة (انظر الفصل 5). انظر أيضًا: (Schema Therapy Step by Step 3.08 Future Imagery— Mode awareness and mode management and 3.09 Future Imagery— Behavioral Change)

إنهاء العلاج

غالبًا ما يخيم على المرحلة الأخيرة من العلاج جو من الأسى، حيث يتوجب على المريض قبول حقيقة أن والديه لن يتغيرا وأنه لن يتمكن من العودة إلى مرحلة الطفولة وتعويض كل ما فاته. يسعى المريض إلى إقامة علاقة جديدة أقل حدة مع والديه وأفراد الأسرة الآخرين. يمكن للمريض أيضًا أن يكتشف أن شريك حياته لم يتغير ويبدأ التساؤل عما إذا كان لا يزال يرغب في إكمال العلاقة. يحسن بالمعالج أن يقرر إجراء بعض الجلسات مع شريك المريض أو إحالته إلى جلسات استشارة للعلاقات أو إحالة شريك الحياة إلى معالج زميل لإجراء جلسات علاج فردي.

هنا أيضًا يبدأ المريض التحرر من معالجه والوقوف على قدميه. يقل هنا تواتر الجلسات، وبما أن المعالج كان الشخص الوحيد الذي ظل يثق المريض به لمدة طويلة، فهذا يجعل العملية شديدة الصعوبة وتتطلب قدرًا كبيرًا من الجهد. سيظهر خوف المريض من الهجر مرة أخرى وعلى المعالج التعامل معه. ولأن المعالج لديه علاقة قوية بمريضه هو أيضًا، فقد تكون عملية توديعه صعبة عليه مثله. يجب أن يحرص المعالج على توفير المساحة والثقة لمريضه للتصرف بمفرده. يفعل ذلك بالطريقة نفسها التي يفعلها الوالد عندما يكبر ابنه أو ابنته. غالبًا ما يبقي المريض على الاتصال بمعالجه، خاصة عند وقوع أحداث مهمة في حياته (مثل: الزواج، أو ولادة طفل، أو حدث صعب مثل وفاة أحد

الوالدين أو أزمة في العلاقة). بشكل عام، يستجيب المعالج ببطاقة تهنئة أو تعزية. عندما تواجه المريض أزمات خطيرة، قد يلجأ إلى المعالج للحصول على المساعدة. يكفي عدد محدود من الجلسات التعزيزية في العادة. تماشيًا مع إعادة التربية المحدودة، من المهم أن تبقى الصلة بين المريض والمعالج، حتى بعد إيقاف العلاج رسميًا.

وفقًا ليونج، لا ينتهي العلاج إلا عندما يجد المريض شريكًا جيدًا معافى ويبني معه علاقة صحية. مع ذلك لاحظنا في إحدى الدراسات حالات ناجحة دون أن تحظى (حتى الآن) بشريك جيد.

كان العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية مفتوحًا في الأصل، حيث ينتهي عندما يتفق المريض والمعالج على اكتماله. ومع ذلك، تثبت التجارب الحديثة أن العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية المحدد بزمن يحقق بشكل عام نجاح العلاج التخطيطي نفسه غير المحدد بزمن. يغطي العلاج التخطيطي المحدد بزمن 24 شهرًا، بادئًا بسنة أولى مكثفة، ثم تقل وتيرة الجلسات تدريجيًا. النظام الموصى به هو تقديم جلستين في الأسبوع في العام الأول، إما كجلستين فرديتين، أو جلسة فردية وجلسة جماعية. في العام الثاني، ينخفض تواتر الجلسات تدريجيًا. في حالة العلاج التخطيطي الفردي، ينخفض التكرار في الأشهر الستة الأولى من العام الثاني إلى مرة في الأسبوع. في الربع الثالث من العام الثاني، ينخفض التكرار إلى مرة كل أسبوعين، وبعد ذلك تصبح الجلسات مرة واحدة في الشهر خلال الربع الأخير من العام الثاني. في حالة الجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي، يعتمد خفض تواتر الجلسات على ما إذا كانت المجموعة ذات تنسيق مغلق أم شبه مفتوح. في التنسيق المغلق، ينخفض التواتر بمعدل مرة كل أسبوعين في الأشهر الستة الأولى من العام الثاني، حيث تحضر المجموعة الجلسات الشهرية خلال الأشهر الستة الأخيرة، بينما يتم تقديم الجلسات الفردية مرة كل أسبوعين في الربع الثالث من العام الثاني، وشهريًا في الربع الأخير من العام الثاني. في حالة تنسيق المجموعة (شبه) المفتوح، تكون جلسات المجموعة بمعدل ثابت مرة أسبوعيًا لمدة عام ونصف العام، وبعد ذلك يترك المرضى المجموعة. تقل الجلسات الفردية إلى مرة كل أسبوعين في الأشهر الستة الأولى من العام الثاني، ثم مرة كل أسبوعين في الربع الثالث، ومرة واحدة كل شهر في الربع الأخير من العام الثاني. يقدم الجدول (1.11) نظرة عامة على ذلك.

الجدول (11 .1) نظرة عامة على التخفيض التدريجي لتكرار الجلسات

	24 شهرًا من العلاج			
تنسيق الأشهر	*1 - 12 شهرًا*	*13 - 18 شهرًا*	*19 - 21 شهرًا*	*22 - 24 شهرًا*
العلاج التخطيطي الفردي فقط	جلستان كل أسبوع	جلسة كل أسبوع	جلسة كل أسبوعين	جلسة شهريًا
الجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي: مجموعة مغلقة				
العنصر الفردي	جلسة كل أسبوع	جلسة كل أسبوعين	جلسة كل أسبوعين	جلسة شهريًا
العنصر الجماعي	جلسة كل أسبوع	جلسة كل أسبوعين	جلسة شهريًا	جلسة شهريًا
الجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي: مجموعة (شبه) مفتوحة				
العنصر الفردي	جلسة كل أسبوع	جلسة كل أسبوعين	جلسة كل أسبوعين	جلسة شهريًا
العنصر الجماعي	جلسة كل أسبوع	جلسة كل أسبوع	انتهاء الجلسات	انتهاء الجلسات

في النهج المحدد بزمن من الضروري التركيز على ما يلي. أولًا: تجب مناقشة الجدول الزمني للجلسات خلال عامي العلاج مع المريض قبل بدء العلاج. ثانيًا: يجب تذكير المريض بشكل متكرر بالجدول الزمني، وربطه بما سيتم التعامل معه في العلاج (مثل: التقنيات التجريبية للتعامل مع ذكريات إساءة المعاملة والإهمال في الطفولة في العام الأول، وكسر أنماط السلوك في العام الثاني). ثالثًا: يُعد كل من المعالج والمريض نفسيهما لأن تقليل التواتر عادة ما يؤدي إلى القلق، واستثارة صيغة الطفل المهجور/ المساء معاملته. رابعًا: تجب مناقشة مبرر العلاج المحدد بزمن والتقليل التدريجي للجلسات مع المريض. كما ناقشنا سابقًا، الفكرة الأساسية هي أن العلاج المحدد بزمن يحفز المريض على اختبار ما تعلمه أثناء العلاج بنفسه، ما سيؤدي إلى مزيد من النمو، لا سيما أثناء معايشة صيغة الراشد السليم، والثقة في أنه يمكنه حل المشكلات وحده. خامسًا: يجب تأجيل تقييم العلاج إلى جلسة المتابعة بعد عام من انتهاء العلاج. هنا

يمكن الحصول على فكرة عن الآثار الحقيقية للعلاج، دون التأثر الذي يحدث خلال مراحل العلاج الفعلي. كما أن حقيقة تأجيل التقييم إلى عام بعد الجلسات التي تستمر عامين تساعد المرضى على التغلب على مخاوفهم وتجربة ما تعلموه لمدة عام. في معظم الحالات، رأينا في تقييم الـ 3 سنوات أن العامين كانا كافيين، وأنه تم الحد من مظاهر اضطراب الشخصية الحدية بشكل أكبر وتحسنت وظائف المرضى، وأن المرضى أكدوا (من خلال الإدراك المتأخر) أن هذا الهيكل يساعدهم حيث يحفزهم على التطور والنمو واكتشاف أنهم قادرون على حل المشكلات الصعبة بأنفسهم.

12

خاتمة



حتى وقت قريب نسبيًا، كان العديد من المعالجين مقتنعين بأن الهدف الوحيد الذي يمكن تحقيقه لمرضى اضطراب الشخصية الحدية هو القليل من الاستقرار في حياتهم، لكن بحسب ما يبدو من العلاج الموصوف في هذا الكتاب، فإنه يعطي نتائج أفضل بكثير من حياة بسيطة ومستقرة. في كثير من المرضى، تحدث تغييرات كبيرة وخطيرة في شخصياتهم. في الدراسة التي أجراها جيسين بلو وآخرون (2006) نسبة تقدر بنحو 52% من مرضى اضطراب الشخصية الحدية لم تعد تستوفي معايير هذا المرض عند الانتهاء من العلاج التخطيطي، وتحسن ما يقرب من 70%. كوّن هؤلاء الأشخاص علاقات صحية مع آخرين وتمكنوا من العمل المنتظم ووجدوا أنشطة أخرى ذات مغزى لملء وقتهم. أظهرت التجارب اللاحقة، التي غالبًا ما اشتملت على العلاج التخطيطي الجماعي، تأثيرات مشابهة أو حتى أفضل (Boog, Goudriaan, van de Wetering, Franken, & Arntz, 2019; Dickhaut & Arntz، 2014; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Fassbinder et al,، 2016; Nadort et al., 2009). ما لم يتضح بعد من الأبحاث العلمية هو أي من المرضى يستفيد من العلاج التخطيطي وأيهم لا يستفيد، على الرغم من إشارة إحدى الدراسات إلى ارتباط العدوانية المفرطة بالإنهاء المبكر، وارتباط المستويات العالية من العبء بسبب أعراض الانفصام بفرص تعافٍ أقل (Arntz, Stupar - Rutenfrans, Bloo, van Dyck، & Spinhoven، 2015). ومع ذلك، لا يبدو أن هذه التوقعات خاصة بالعلاج التخطيطي وحده؛ لأنها تظهر عند استخدام مناهج أخرى مثل العلاج السلوكي الجدلي والعلاج النفسي المركّز على التحويل. وقد بدأت للتو دراسة تهدف إلى اكتشاف سمات المريض التي تتنبأ بما إذا كان العلاج التخطيطي أو السلوكي الجدلي هو الخيار الأفضل له (Wibbelink، 2018).

قد يبقى قدر معين من الهشاشة داخل نفوس من أصيبوا باضطراب الشخصية الحدية في الماضي وذلك أمام المواقف المشابهة لصدمات طفولتهم (مثل فقدان شريك الحياة).

في حالة الحاجة إلى المساعدة يقول الرأي الإكلينيكي بتوفير بضع جلسات لمساعدة مريض اضطراب الشخصية الحدية السابق، التي ستكون كافية ليعود إلى المسار الصحيح. ومن المستحسن أن يتلقى المريض المساعدة من معالجه السابق خلال هذه الأزمة. إنه يعرفه جيدًا ومن الأسهل عليه تمييز المخططات التي عاودت الهيمنة عليه وطمأنته. هذا المعالج يدرك بالفعل كيف تغلب هذا المريض على مشكلاته في الماضي ويعرف إستراتيجيات التأقلم الصحية التي تنجح معه وبالتالي يساعده على تذكر هذه الإستراتيجيات. يجب أن تسعى الأبحاث العلمية في المستقبل لتحديد العوامل التي تلعب دورًا في الانتكاس المحتمل. ومن المثير للاهتمام أن أيًا من المرضى الذين تعافوا من اضطراب الشخصية الحدية لم ينتكسوا بعد مرور عام حين فُحصوا في الدراسات المتابعة. هناك حاجة لدراسات متابعة طويلة المدى لتحديد مدى مرونة هؤلاء المرضى على المدى الطويل.

تمثل التطور المهم في العقد الماضي في استخدام العلاج التخطيطي الجماعي. باستخدام طريقة محددة للتعامل مع ديناميكيات المجموعة، يوفر العلاج التخطيطي الجماعي تجربة مهمة لمرضى اضطراب الشخصية الحدية. أظهرت التجارب المبكرة نتائج جيدة (Dickhaut & Arntz, 2014; Farrell et al., 2009; Fassbinder et al., 2016)، واقترحت أن الاستخدام الصحيح للعلاج التخطيطي الجماعي يحفز عمليات التغيير المركزية في هذا العلاج. على سبيل المثال: تبدو تجارب تصحيح السلوك الخاصة بأعضاء المجموعة الآخرين أكثر إقناعًا مما يوفره المعالجون المحترفون، الذين «يتقاضون أجورًا مقابل وظيفتهم». هناك مثال آخر يوضح أن الشعور بالأمان بشكل متكرر في المجموعة - أثناء مشاركة المشاعر الضعيفة الخاصة بصيغة الطفل المهجور/المساء معاملته - قد يؤدي إلى تعميم التجربة على جميع المشاركين مقارنةً بالعلاج التخطيطي الفردي. أجريت دراسة دولية متعددة المراكز تحت إشراف أرنتز وفاريل في عام 2010، بهدف مقارنة العلاج التخطيطي الجماعي بالعلاج المعتاد واستكشاف ما إذا كان الجمع بين العلاج التخطيطي الفردي والجماعي أو الاكتفاء بالعلاج التخطيطي الجماعي هو الخيار الأمثل. ظهرت النتائج الأولى متاحة بعد الانتهاء من هذا الكتاب، وأشارت إلى التأثيرات المتفوقة للعلاج التخطيطي الجماعي مقارنة بالعلاج المعتاد، خاصةً بالنسبة للعلاج التخطيطي الذي يجمع بين الفردي والجماعي،

وذلك وفقًا للنتيجة الرئيسية (شدة اضطراب الشخصية الحدية)، والإنهاء المبكر، ومعظم النتائج الثانوية (Arntz et al., 2019). يتوافق هذا مع تفضيلات معظم المرضى والعديد من المعالجين (Martius, 2019; Tan et al. 2018).

ومع ذلك، يجب حل العديد من المشكلات الرئيسية المتعلقة بتطبيق العلاج التخطيطي الجماعي لاضطراب الشخصية الحدية. أولاً: بصرف النظر عن دراسات العلاج التخطيطي الجماعي المذكورة أعلاه، لم تُعْنَ أية تجارب معشاة ذات شواهد بمقارنة العلاج التخطيطي الجماعي بالعلاجات الأخرى، ما يجعلنا بحاجة إلى مزيد من الأبحاث العلمية حول فاعليته مقارنة بالعلاجات الأخرى. ثانيًا: يجب توثيق فاعلية التكلفة للعلاج التخطيطي الجماعي. في الوقت الذي تم فيه تأليف هذا الكتاب، بدأ إجراء تجربتين معشاتين ذواتي شواهد تناولتا العديد من هذه المشكلات. تقارن إحداهما التنسيق الفردي والجماعي المدمج مع العلاج السلوكي الجدلي من حيث الفاعلية وفاعلية التكلفة (Fassbinder et al.,2018). أما التجربة الأخرى فلا تقارن التنسيق الفردي والعلاج التخطيطي الجماعي بالعلاج السلوكي الجدلي فحسب، بل تهدف أيضًا إلى توفير توقعات خاصة باختيار العلاج الأمثل لكل مريض (Wibbelink, 2018).

بالعودة إلى العلاج التخطيطي الفردي، أظهرت التجربة أن المعالجين الذين يستخدمون العلاج التخطيطي يجدون العمل مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية ممتعًا. ينمي هؤلاء المعالجون فهمًا أفضل لمرضاهم ويختبرون المزيد من الاحتمالات لمساعدتهم. هذا لا يعني أنه عمل سهل أو أن المعالج يمكنه البدء في مساعدة 10 مرضى مختلفين باضطراب الشخصية الحدية في الوقت نفسه باستخدام هذه الطريقة. وبالنسبة إلى العلاج التخطيطي الفردي، يجب أن يتراوح العدد الأقصى بين أربعة وخمسة مرضى ممن يتم في حالاتهم التعامل مع الجوانب الأكثر إشكالية.

الملحق أ

كتيب خاص بالمرضى: العلاج التخطيطي للمصابين باضطراب الشخصية الحدية. ما اضطراب الشخصية الحدية؟

يعاني المصابون باضطراب الشخصية الحدية بسبب التقلبات المزاجية. يتعرض هؤلاء المرضى لمشكلات في شتى مناحي حياتهم بسبب هذه التقلبات، لا سيما في علاقاتهم الشخصية. في كثير من الأحيان، لا يعرفون من هم أو ماذا يريدون. كما يميل هؤلاء الأشخاص إلى التصرف بطرق شديدة الاندفاع. غالبًا ما يعانون نوبات من الغضب/ الهياج، هذا غير الأزمات. لا يعرف المصابون باضطراب الشخصية الحدية سبب تقلب حالتهم المزاجية بهذه الطريقة الخارجة عن السيطرة. سرعان ما تتحول أبسط المشاكل إلى مشاكل معقدة والنتيجة غالبًا ما تكون مخيفة أو مثيرة للغضب. ورغم أن العديد من المصابين باضطراب الشخصية الحدية أذكياء ومبدعون، فإنهم نادرًا ما يتمكنون من النجاح في تطوير هذه المواهب. إنهم لا يكملون تعليمهم غالبًا ويعملون في مهن أقل بكثير من قدراتهم، كما أنهم يخاطرون بإيذاء أنفسهم. أظهرت الأبحاث أن خطر الانتحار لدى هؤلاء المرضى أعلى منه لدى مرضى اضطرابات الشخصية الأخرى. علاوة على ذلك، غالبًا ما يتعاطى هؤلاء الأشخاص مواد مختلفة (مثل المخدرات و/أو الكحول) كمحاولة لتخدير مشاعرهم القوية.

ما العلاج التخطيطي؟

العلاج التخطيطي شكل من أشكال العلاج يتضمن مزيجًا من العلاج السلوكي المعرفي فضلًا عن عناصر من أنواع أخرى من العلاج. وهي ليست موجهة إلى المشكلات الحالية التي يعاني المريض بسببها فقط، بل أيضًا إلى معالجة ماضي المريض ومصادر هذه المشكلات.

وصف اضطراب الشخصية الحدية من منظور العلاج التخطيطي

يفترض العلاج التخطيطي أن الناس يشكلون أفكارهم عن أنفسهم والآخرين والعالم من حولهم خلال طفولتهم. تسمى هذه الأفكار بالمخططات. تخبر المخططات الناس بكيفية التعامل مع المواقف المختلفة التي يواجهونها. إذا لم يتوفر لك سوى القليل من الدعم أو التوجيه خلال طفولتك (أي عانيت الإهمال العاطفي) فإنك بهذه الطريقة تُحرم من معرفة معلومات مهمة عن نفسك وعن الآخرين والعالم من حولك. إذا زاد فوق هذا الانتهاك العاطفي والبدني و/أو الجنسي، تصبح فرصة تعطل التطور الطبيعي أكبر. والنتيجة هي أنك لا تختبر نفسك ككل؛ لأنك طورت جوانب مختلفة من نفسك تتجلى في لحظات مختلفة. يشار إلى هذه الجوانب المختلفة باسم صيغ المخطط أو حالات المخطط. معظم الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية لديهم خمس صيغ: الطفل المهجور/المساء معاملته، والطفل الغاضب/المندفع، والوالد المعاقِب، والمنفصل الحامي، والراشد السليم. وهناك صيغتان تميزان إساءة المعاملة و/أو الإهمال في مرحلة الطفولة. تعبر صيغ المخطط عن سلوك طفولي تتخلله مشاعر شديدة القوة لا يمكن السيطرة عليها، فضلًا عن الأحكام المطلقة. ترتبط الصيغ الثلاث الأخرى بمزيد من خصائص البالغين. بينما يبدو أن المعاقِب والمنفصل الحامي مفيدان، فإنهما لا يساعدان على الإطلاق؛ لأن وجودهما المتكرر يتعارض مع نمو الراشد السليم. هناك أيضًا صيغة سادسة، وهي صيغة الطفل السعيد. هذه الصيغة ليست مختلة، وغالبًا ما تكون متخلفة في النمو؛ لذلك، يتمثل أحد الأهداف أثناء العلاج في تعزيز صيغة الطفل السعيد المرح.

الطفل المهجور والمُساء معاملته

في وقت معايشة هذه الصيغة، ستشعر بالهجر والعجز والخوف والتهديد، وتظن أن أشياء فظيعة ستحدث في أية لحظة. لا يوجد أحد يمكنك الوثوق به ولا إمكانية للمساعدة.

الطفل الغاضب والمندفع

إذا كنت غاضبًا لدرجة فقدان السيطرة على نفسك، فهذا يعني أنك استثرت الطفل الغاضب بداخلك. ستشعر بأنك تُعامل معاملة غير عادلة، وأن هناك من أخطأ في حقك، لذا تجد في الهجوم المباشر أفضل وسيلة دفاعية. قد تشعر أيضًا بإحباط شديد بسبب عدم تلبية احتياجاتك وأن حياتك بائسة. قد تصبح بعد ذلك مندفعًا في الرغبة في تلبية رغباتك واحتياجاتك كتمرد على العالم الظالم.

الطفل السعيد

عندما تمرح أو تمارس الألعاب أو تفعل أي شيء آخر تستمتع به دون التفكير في واجباتك كشخص بالغ، فأنت على الأرجح تعايش صيغة الطفل السعيد، حيث تشعر بالفرح والراحة والاسترخاء والبهجة. أنت لا تفكر كثيرًا أثناء معايشة هذه الصيغة بل تنطلق وتستمتع وتضحك أو تبتسم على الأقل.

الجانب المعاقِب

يحمل هذا الجانب آراء أحد الوالدين أو كليهما (أو مقدمي الرعاية الآخرين في طفولتك) الذين أساءوا معاملتك. الجانب المعاقِب لا يوافق على إظهار المشاعر ويرى أنك تستحق العقاب على كل أخطائك، حتى التي حدثت دون قصد. يشعرك هذا الجانب المعاقِب بأنك سيئ وغبي وكسول وقبيح. في بعض الأحيان، تصح هذه المشاعر شديدة القوة لدرجة أنك تشعر بأنك لم يكن من المفترض أن تولد أصلًا. يفصلك الجانب المعاقِب عن صيغ الطفل المختلفة.

المنفصل الحامي

لدى صيغة الطفل وكذا الصيغة المعاقِبة مشاعر شديدة القوة والحدة، لا يمكن احتمالها في بعض الأحيان. يساعدك المنفصل على تجنب هذه المشاعر. في بعض الأحيان يجعلك هذا تشعر بالفراغ أو «اللاشيء». في أوقات أخرى يلجأ المريض إلى المواد المخدرة والكحوليات كي لا تؤلمه هذه المشاعر. يعزلك المنفصل الحامي عن الآخرين كي لا يؤذيك أحد.

الراشد السليم

يمكن لهذا الجانب التعامل مع المشاعر وحل المشكلات بشكل جيد. ولكن نظرًا لسوء الوضع في طفولتك، فإنك لم تتمَّ هذا الجانب وتطوره بشكل كافٍ وغالبًا ما يختفي عندما تكون في أمسِّ الحاجة إليه.

الهدف من العلاج التخطيطي

الهدف من العلاج التخطيطي هو أن نعزز الراشد السليم وننمي الطفل السعيد. يتعلم الأطفال الآخرون التعامل مع المشاعر الحادة دون الخوف من ارتكاب الأخطاء أو التعرض لنوبة غضب. تنتفي الحاجة لديهم للجانب المعاقِب ويستبدل به قيم ومعايير عادية تتسم بالمرونة والواقعية. يصبح المنفصل الحامي أقل أهمية بشكل تدريجي ويختفي الجانب المعاقِب، فلا تستنزفك مشاعرك أو تضعفك بعد الآن.

مم يتألف العلاج؟

يتألف العلاج من عدد من الطرق التي تستهدف تحقيق الهدف المذكور أعلاه.

العلاقة بالمعالج

يساعدك المعالج على تعلم الأشياء التي لم تتعلمها في طفولتك.

يحاول المعالج دعمك وفهمك بدلًا من معاقبتك حتى تتعلم الثقة في الناس؛ فهذه تجربة مهمة لأن هذه الثقة دُمرت إلى حد كبير في طفولتك.

الأساليب التجريبية

في طفولتك، تم قمع اختبار المشاعر والتعبير عنها والتعامل معها بطرق مؤذية. تُستخدم الأساليب التجريبية لتعلم كل ذلك بطريقة صحية. على سبيل المثال: يطلب المعالج منك إغماض عينيك واسترجاع ذكريات سابقة. يسألك عما كنت تريده بالفعل في ذلك الوقت، ويساعدك (في خيالك) على التعبير عن احتياجاتك ووقف سوء المعاملة. وبهذه الطريقة تتعلم أن مشاعرك واحتياجاتك كانت طبيعية، بينما لم تكن ردود الفعل تجاهها كذلك.

الأساليب المعرفية

يهتم العلاج المعرفي بالأفكار التي لديك عن نفسك والآخرين والعالم، والتي تطورت من التجارب السلبية في مرحلة الطفولة وما تلاها. يتم البحث عن الأدلة المؤيدة لهذه الطريقة في التفكير والمعارضة بها. بهذه الطريقة تحصل على وجهات نظر أكثر دقة.

الأساليب السلوكية

يجب ألا تغير مشاعرك وأفكارك فحسب، بل أن تغير ما تفعله نتيجة لذلك أيضًا. تتمثل الأساليب السلوكية في تمارين تجرب فيها سلوكيات جديدة. على سبيل المثال: إذا لم تتعلم التعبير عن رأيك أبدًا، تمارس هذه المهارة مع المعالج أولًا وبعدها في مواقف أخرى خارج إطار العلاج.

ما الذي يمكن توقعه؟

يقودك مزيج الأساليب والتقنيات الموصوفة إلى تكوين صورة أكثر إيجابية عن نفسك، ومعرفة من يمكنك الوثوق بهم ومن لا يمكنك الوثوق بهم، وأفضل طريقة للتعامل مع المشكلات. ستتعاون الجوانب المختلفة منك على نحو أفضل وستطور الراشد السليم. نظرًا لأن المشاكل كانت موجودة منذ مدة طويلة وتعطل تطورك من نواحٍ كثيرة، سيتطلب هذا العلاج الكثير منك، ويستغرق نحو عامين (أو أكثر إذا لزم الأمر). جرب التحدث عن المشكلات مع معالجك من خلال اتباع العلاج والمثابرة فيه، بحيث تصبح أفضل بكثير في نهاية المطاف.

ملحق ب

مذكرات معرفية للصيغ

الموقف (ما الذي أثار ردة فعلي؟)
الشعور (كيف شعرت؟)
التفكير (فيم فكرت؟)
ما الجانب الذي كان مسيطرًا في هذا الموقف؟ ضع خطًا تحت الجوانب التي تميزها وصفها.
1. المنفصل الحامي: 2. الطفل المهجور/المساء معاملته: 3. الطفل الغاضب/المندفع: 4. الطفل السعيد: 5. الوالد المعاقب: 6. الراشد السلِيم:
السلوك (ماذا فعلت؟)
جوانب نفسي الخمسة
رد الفعل المبرر (أي جزء من رد فعلي كان مبررًا؟)
المبالغة (ما ردود الفعل المتطرفة هنا؟)
بأي طرق بالغت في رد فعلي أو أخطأت في قراءة الموقف؟
ما جوانب نفسي التي جعلتْ الموقف أسوأ؟
رد الفعل المطلوب
ما الطريقة المثلى التي يمكن من خلالها أن أرى الموقف وأواجهه؟
ماذا يمكنني أن أفعل للمساعدة في حل هذه المشكلة؟
الشعور

ملحق ج

سجل الإيجابيات

جرب كتابة واحد أو أكثر من الأنشطة الصغيرة (أو الكبيرة) أو التجارب التي تسهم في تكوين صورة إيجابية عن نفسك وعن الآخرين. يمكن استخدام كل هذه المعلومات لإضعاف صيغة المعاقِب وتعزيز صيغة الراشد السليم.
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:
التاريخ: الموضوع:

ملحق د

اختبار سيرة المريض

اكتب تجارب حدثت في مراحل مختلفة من حياتك تثبت فيها أن الوالد المعاقِب مخطئ وتدعم الطفل الصغير.
0 - 2 سنة
3 - 5 سنوات
6 - 12 سنة
13 - 18 سنة
19 - 25 سنة
26 - 35 سنة
36 - 50 سنة وما فوق
ملخص:

ملحق هـ

التجارب

تعليمات للمعالج

التخطيط للتجربة:

1 قرر مع المريض إذا كان من المفيد معرفة ما إذا كانت الفكرة منطقية أم لا.
2 لا يمكن اختبار النظرية إلا إذا كانت قابلة لدحضها.
3 ضع نظريات بديلة إذا رغبت.
4 بالاشتراك مع المريض، حدد موقفًا ملموسًا في المستقبل القريب، يحتمل أن تلعب الفكرة دورًا فيه.
5 بالاشتراك مع المريض، اتخذ قرارًا بشأن السلوكيات الملموسة التي تختبر الفكرة بوضوح (التي يمكن أن تؤدي إلى التحريف على سبيل المثال).
6 اسمح للمريض بالتنبؤ بما قد تقود إليه السلوكيات من رقم 5 بالأعلى، بناءً على الفكرة التي سيتم اختبارها.
7 اتفقا مسبقًا على النتائج الملموسة، استنادًا إلى السلوكيات المذكورة أعلاه، التي ستكون بمثابة دليل على دقة الفكرة أو ضعفها.
8 اتفقا مسبقًا على المكان والوقت الذي سيجرب فيه المريض هذه السلوكيات الجديدة وما يجب الانتباه إليه بالضبط. على المعالج أن يتوقع قدرًا كبيرًا من الخوف فيما يتعلق بتوقعات المريض الخاصة بهذا التمرين.
9 تذكر أنها مجرد تجربة، والتجربة لا يمكن أن تفشل!

تقييم التجربة:

1 لا تنس: التجربة لا يمكن أن تفشل! ولكن يحتمل أنه لم يتم تنفيذها، وربما نفذت أو صممت على نحو خطأ.
2 اسمح للمريض بالتخلص من التوتر بعد هذا التمرين، وأبدِ تعاطفك مع الشجاعة التي أظهرها خلال محاولة تطبيقه.

3 اطلب من المريض إعادة سرد الموقف والسلوك والعواقب الملموسة للتجربة.
4 بناءً على النتائج الملموسة للتجربة، ناقش ما إذا كانت التوقعات صحيحة أم لا. كن حذرًا لتجنب سوء التفسير.
5 لخص النتائج وأعد تقييم الفكرة المختبرة مع المريض.

المشكلات:

1 عدم تنفيذ العناصر الأساسية للسلوك الجديد.
2 عجز التجربة عن تقديم حل حاسم للمعضلة.
3 صياغة الفكرة على نحو خطأ، وعدم تمثيلها الدقيق لنظرية المريض.
4 رفض المريض النتائج. عليك هنا البحث عن الأسباب والحذر من التفسيرات الخاطئة، وكذلك دعوة المريض لإجراء اختبار حاسم.
5 اهتمام المعالج المبالغ فيه بنتيجة التجربة.

التاريخ:
الفكرة الأصلية التي يجب اختبارها من أجل المصداقية
البديل الذي يجب اختباره من أجل المصداقية
التجربة السلوكية: ماذا سأفعل وكيف سأفعله؟
ما النتائج التي تدعم الفكرة الأصلية؟
ما النتائج التي تدعم الفكرة البديلة؟
النتيجة: كيف سارت التجربة السلوكية؟
ما النتائج التي ظهرت وتدعم الفكرة الأصلية، والنتائج التي ظهرت وتدعم الفكرة البديلة؟
مدى مصداقية الفكرة الأصلية:
مدى مصداقية الفكرة البديلة:
ما الذي تعلمته من هذه التجربة؟
ما الصيغة التي تغيرت بسبب هذا؟ وكيف تغيرت؟

ملحق و

نموذج للتكليف المنزلي

وصف التكليف المنزلي الذي أريد القيام به:
متى سأقوم بهذا التكليف المنزلي؟
ما المشكلات المحتملة التي تخطر لي عندما يتعلق الأمر بتنفيذ هذا التكليف؟ .1 .2 .3
الحلول الممكنة لهذه المشكلات: .1 .2 .3
النتائج:
التأثيرات على الصيغ:
ما المشكلات التي ظهرت دون أن تخطر لي، وكيف تعاملت معها؟

ملحق ز

حل المشكلات

ما المشكلة؟
ما الذي أريد تحقيقه؟
ما الصيغ التي يحتمل أن تتدخل في حل هذه المشكلة؟ .1 .2
ما الأفكار التي يحتمل أن تتعارض مع حل هذه المشكلة؟ .1 .2
ما الأفكار البديلة التي يمكن أن تساعدني على حل هذه المشكلة؟ .1 .2
ما الحلول التي يمكنني التفكير بها لهذه المشكلة؟ .1 .2 .3 .4 .5 .6
اذكر إيجابيات وسلبيات كل حل.
أي من هذه الحلول أختار، ولماذا؟
كيف تعاملت معها؟

ماذا كانت النتيجة؟ وهل حققتُ هدفي؟
ما تأثير النتيجة على الصيغ؟
ما الحل الآخر الذي سأجربه فيما بعد؟
النتيجة:

الملحق ح

تغيير أنماط السلوك

وصف أنماط السلوك التي أريد العمل عليها:
في أي نوع من المواقف يظهر هذا السلوك غالبًا؟
ماذا أفعل في هذه المواقف التي تؤدي إلى سير الأمور على نحو خطأ؟
ما الصيغة أو قانون الحياة أو الفكرة التي تلعب دورًا مهمًّا هنا؟
ما الحجج المضادة لهذه الصيغة أو القانون أو الفكرة؟
ما السلوك الجديد الذي سيكون أكثر توجهًا نحو الهدف في هذا الموقف؟
كيف سار الأمر عندما جربت السلوك الجديد؟
صغ قاعدة جديدة أصح للحياة:

ملحق ط

ثمانية عشر مخططًا

في هذا الملحق، تم سرد المخططات الثمانية عشر كما وصفها ولخصها يونج، وكلوسكو، وويشار (2003)، ووصفها بإيجاز. يمكنك الرجوع إلى هذا المرجع للحصول على شرح مفصل حول معنى المخططات والعلاج التخطيطي. تم تنظيم المخططات الـ الـ 18 في خمسة موضوعات، يتم توضيحها قبل وصف المخططات.

الانفصال والرفض

يتوقع المريض أنه لا يستطيع الشعور بالأمان في محيطه أو القدرة على التنبؤ بأفعاله. كما يفترض لدى بقية الناس غياب الموثوقية والدعم والتعاطف والاحترام. لقد نشأ في أسرة تعاملوا فيها معه بطريقة باردة نابذة. نشأ وحيدًا دون دعم عاطفي، وفي بعض الأحيان كان يفتقر إلى الرعاية الأساسية. كانت تصرفات والديه غير متوقعة أو لا مبالية أو مسيئة.

الهجر/عدم الاستقرار

يتوقع المريض أنه سيفقد أي شخص تربطه به صلة عاطفية. إنه يرى أن كل علاقاته المقربة ستنتهي في النهاية. لا يعتبر المريض الأشخاص المهمين في بيئته قابلين للثقة بهم، ولا يمكنه التنبؤ برغبتهم أو استعدادهم لدعمه أو توقع إخلاصهم له؛ فإما سيموتون أو يتخلون عنه. في كلتا الحالتين، سينتهي به الأمر وحده.

سوء الظن/سوء المعاملة

يقتنع المريض بأن الآخرين يستغلونه بطريقة أو بأخرى. ويتوقع من الآخرين أن يؤذوه عمدًا أو يخدعوه أو يتلاعبوا به أو يهينوه. إنه يظن أنه الخاسر في كل الأحوال.

الحرمان العاطفي

يظن المريض أن احتياجاته العاطفية الأساسية إما لم تتم تلبيتها أو لم تلبَّ بشكل كاف. ترتبط هذه الاحتياجات بالرعاية والتعاطف والمودة والحماية والرفقة والعناية. أكثر أشكال الحرمان العاطفي شيوعًا هي كما يلي:

- *الحرمان من الرعاية:* لا يحظى المريض بالاهتمام أو الدفء أو الرفقة.
- *الحرمان من التعاطف:* لا أحد يستمع إليه أو يفهمه أو يشاركه مشاعره.
- *الحرمان من الحماية:* لا أحد يعطيه النصيحة أو التوجيه.

النقص/الخزي

يشعر المريض بعدم الكفاءة والدونية، ويظن أنه بمجرد أن يعرفه الآخرون بشكل أفضل، سيكتشفون ذلك هم أيضًا ولن يرغبوا في معرفته مجددًا. إنه يظن أن أحدًا لن يجده جديرًا بالحب. يفرط المريض في اهتمامه بأحكام الآخرين ويعي نفسه ونواقصه بشكل مفرط. غالبًا ما تؤدي مشاعر النقص وعدم الكفاءة إلى شعور قوي بالخزي. يمكن أن يرتبط النقص والخزي بالرغبات والاحتياجات الداخلية السلبية والمظاهر الخارجية المتمثلة في أشياء على غرار المظهر البدني غير اللائق أو الرهاب الاجتماعي.

العزلة الاجتماعية/الاغتراب

يشعر المريض بأنه منعزل عن بقية العالم، ومختلف عن بقية الناس، ولا يلائم أي مكان يذهب إليه.

ضعف الاستقلالية والأداء

يتوقع المريض أنه عاجز عن العمل والأداء بمفرده أو بشكل مستقل عن الآخرين. لقد نشأ في أسرة مفرطة في التعلق، بالغوا فيها في حمايته، ولا يشعر بقدرته على التحرر منها.

الاعتمادية/انعدام الكفاءة

لا يكون المريض قادرًا على تحمل المسئوليات اليومية أو القيام بذلك بشكل مستقل. إنه يشعر بالاعتمادية الشديد على الآخرين في المواقف التي تتطلب منه اتخاذ قرارات يومية بسيطة أو تجربة أي شيء جديد. يبدو المريض عاجزًا تمامًا.

عدم تحمل الأذى أو المرض

يكون المريض مقتنعًا بأنه في أية لحظة، قد يحدث له شيء فظيع وأنه لا يوجد ما يمكنه القيام به على الإطلاق لحماية نفسه من هذه الكارثة الوشيكة. يخشى المريض الكوارث الطبية والنفسية وشتى أنواع الشدائد الأخرى. يتخذ المريض احتياطات غير عادية لتجنب الكوارث.

الذات المحاصرة/المتخلفة

يتعلق المريض بشكل مفرط بأحد والديه أو كليهما. وبسبب هذا التعلق المفرط، يعجز عن بناء هويته الخاصة. في بعض الأحيان تسيطر على المريض فكرة أن لا وجود له دون الشخص الآخر وغالبًا ما يشعر بالفراغ وغياب الهدف.

الفشل

يقتنع المريض بأنه عاجز عن الأداء على مستوى نفسه أقرانه فيما يتعلق بالعمل أو التعليم أو ممارسة الرياضة. إنه يشعر بالغباء والحماقة والجهل، ولا يحاول حتى النجاح في شيء؛ لأنه مقتنع بأنه لن يكون قادرًا على تأدية أي شيء بنجاح.

الحدود الواهية

لا يكون لدى المريض ما يكفي من الحدود أو الشعور بالمسئولية أو القدرة على احتمال الإحباطات. كما أنه عاجز عن وضع أهداف واقعية طويلة المدى ويلاقي صعوبة في العمل مع الآخرين. لقد نشأ في أسرة لا تقدم إلا القليل من التوجيه أو تمنحه الشعور بأنه متفوق على بقية العالم. لم يضع الوالدان سوى قيود قليلة ولم يشجعا المريض على المثابرة في الأوقات الصعبة و/أو أخذ الآخرين في الاعتبار.

الاستحقاق/العظمة

يظن المريض أنه متفوق على الآخرين وأنه هو فقط الذي لديه حقوق. لا يرى أنه يحتاج إلى اتباع القواعد «العادية» لأنه يسمو فوقها. يمكنه أن يفعل ما يريد ويفلت من أي عقاب دون أية مراعاة للآخرين. الفكرة الرئيسية هنا هي القوة والسيطرة على المواقف والأفراد. لا يوجد لدى المريض هنا تعاطف مع الآخرين.

تدني ضبط النفس/الانضباط الذاتي

لا يتحمل المريض أي إحباط في تحقيق أهدافه. إنه عاجز عن قمع المشاعر أو الاندفاعات. يحتمل أنه يحاول في المقام الأول تجنب الانزعاج أو غياب الراحة (الألم والجدال وبذل الجهد).

مظاهر التوجيه الذاتي الأخرى

يضع المريض احتياجات الآخرين في الاعتبار، بينما يقمع احتياجاته الخاصة دائمًا. وهو يفعل ذلك للحصول على حب واستحسان الآخرين. لقد نشأ في أسرة لم تقبله إلا بشروط معينة، واحتلت فيها احتياجات الوالدين الأولوية على احتياجات الطفل.

القهر

يسلم المريض نفسه لإرادة الآخرين لتجنب العواقب السلبية. يمكن أن يشمل ذلك قمع جميع احتياجاته أو مشاعره. يظن المريض أن الآخرين لا يبالون برغباته وآرائه ومشاعره. يؤدي هذا غالبًا إلى غضب مكبوت، يتم التعبير عنه بعد ذلك بطرق غير ملائمة (من خلال العدوانية السلبية، أو من خلال الأعراض النفسية البدنية). يمكن للمعالج أن يميز بين إخضاع الحاجات وإخضاع المشاعر، لكنهما عادة ما يجتمعان.

التضحية بالنفس

يضحي المريض باحتياجاته طواعية وبصورة منتظمة، من أجل كل من يراهم أضعف منه. وإذا اهتم مرة بحاجاته، يشعر بالذنب حيال ذلك. يكون المريض شديد الحساسية تجاه آلام الآخرين. ولأنه لا يلبي احتياجاته الخاصة، يشعر في النهاية بالاستياء من أولئك الذين يرعاهم.

السعي للقبول/للتقدير

هنا المريض يبحث عن الاستحسان والتقدير بشكل مبالغ فيه. وهو يفعل ذلك على حساب راحته واحتياجاته. ينتج عن هذا أحيانًا رغبة مفرطة في حيازة المكانة والجمال والقبول الاجتماعي سعيًا وراء التقدير والإعجاب.

فرط الحذر والقمع

يقمع المريض مشاعره واحتياجاته الطبيعية ويتبع مجموعة من القواعد والقيم الصارمة على حساب التعبير عن الذات والراحة. لقد تمحور تركيز أسرة المريض على الإنجاز والكمال وقمع المشاعر والأحاسيس. كان الوالدان منتقدين ومتشائمين وصارمين وفي الوقت نفسه يتوقعان مستوى شديد الارتفاع غير قابل للتحقيق.

السلبية/التشاؤم

لا يرى المريض سوى الجانب السلبي ويتجاهل الجانب الإيجابي أو يقلل منه. بحسب رأيه سيسير كل شيء في النهاية على نحو خطأ حتى لو كانت الأمور على ما يرام حاليًّا. ولأنه مقتنع بأن كل شيء سيسوء في النهاية، يفرط في الحذر والقلق. غالبًا ما يستمر في الشكوى دون أن يجرؤ على اتخاذ أية قرارات.

التثبيط العاطفي

يتمسك المريض دائمًا بمشاعره ودوافعه، حيث يظن أن التعبير عنها سيؤذي الآخرين أو يقود إلى مشاعر الخزي أو الهجر أو فقدان تقدير الذات. ينطوي هذا على قمع كل أشكال التعبير العفوي؛ كالغضب والفرح والقدرة على مناقشة المشكلات. يفرط المريض هنا في مَنْطَقة كل شيء.

المعايير الصارمة/ فرط الانتقاد

يظن المريض أنه لن يكون جيدًا بما فيه الكفاية أبدًا وأن عليه بذل المزيد من الجهد دائمًا. وهو يحاول اتباع مجموعة استثنائية من المعايير الشخصية الصارمة شديدة الارتفاع لتجنب النقد. إنه ينتقد نفسه كما ينتقد الآخرين من حوله. ينتج عن هذا السعي وراء الكمال، ووضع القواعد الصارمة، والانهماك في كل شيء يخص الوقت والكفاءة.

وهو يفعل هذا على حساب استمتاعه بوقته وحياته، والاسترخاء، والحفاظ على الصلات الاجتماعية.

الأسلوب العقابي

يشعر المريض بأنه تجب معاقبة الأفراد بشدة على أخطائهم. إنه عدواني وغير متسامح ونافد الصبر، ولا يغفر الأخطاء أبدًا، ولا يأخذ في الاعتبار ظروف الآخرين أو مشاعرهم.

ملحق ي

إستراتيجيات التأقلم

إستراتيجيات التأقلم عبارة عن آليات للتعامل مع المخططات. جميع الكائنات الحية لديها ثلاث طرق للتعامل مع التهديد: التجمد، أو الهروب، أو القتال. عند مواجهة مخطط، يمكن للفرد أن يتفاعل بأية طريقة من هذه الطرق. سنصف في هذا الملحق بإيجاز الطرق الثلاث التي يمكن للمعالج من خلالها التعامل مع المخططات، كما أوضحه بالتفصيل من قبل يونج وكلوسكو وويشار (2003)، وهو المرجع الذي نحيل إليه القارئ لمزيد من الاطلاع.

الاستسلام (السلوك المؤكد للمخطط: التجمد)

يتصرف المريض وفقًا لمخططه ويكيف أفكاره ومشاعره تبعًا لذلك. هذا السلوك يؤكد المخطط.

السلوك: يتبع السلوك المخطط.

الأفكار: يعالج المعلومات الانتقائية، أي أن المعلومات التي تدعم وجود المخطط هي المهمة فقط.

المشاعر: يكون الألم العاطفي من المخطط محسوسًا بشكل مباشر.

التجنب (السلوك المراوغ للمخطط: الهروب)

يتجنب المريض الأنشطة التي تثير المخطط والمشاعر المصاحبة له. والنتيجة هي عدم التشكيك في المخطط وبالتالي غياب أية إمكانية لحدوث تجارب تصحيحية.

السلوك: التجنب النشط والسلبي لشتى أنواع المواقف التي يمكن أن تنشط المخطط.

الأفكار: إنكار المواقف والذكريات. تبدد الشخصية.

المشاعر: إنكار أو قمع المشاعر (بما في ذلك إيذاء النفس وتعاطي المخدرات).

التعويض المفرط (إظهار السلوك المعاكس بهدف مقاومة المخطط: القتال)

يتصرف المريض على نحو معاكس تمامًا لمخططه لتجنب التسبب في أية مشاكل. يؤدي هذا إلى استخفاف المريض بتأثير مخططه وغالبًا ما ينتهج سلوكًا حازمًا أو مفرطًا في الاستقلال.

السلوك: السلوك معاكس للمخطط تمامًا.

الأفكار: إنكار أن هذا المخطط ينطبق على المريض.

المشاعر: يخفي المريض المشاعر المؤلمة المتعلقة بالمخطط بمشاعر معاكسة (مثل: التظاهر بالقوة لإخفاء العجز أو التظاهر بالكبرياء لإخفاء الدونية). ومع ذلك، تعود المشاعر المؤلمة عندما يفشل التعويض المفرط بسبب النكسات أو المرض.

ملحق ك

نموذج لعب الأدوار من سيرة المريض

لعب الأدوار من سيرة المريض
المرحلة الأولى (الموقف الأصلي) *يلعب المريض دوره وهو طفل. يلعب المعالج دور الشخص الآخر.* *استنتاجي عن نفسي:* 100 -----x-- 0 *منظور الشخص الآخر المفترض:* 100 ---x-- 0
المرحلة الثانية: الموقف الأصلي: عكس الدورين *يلعب المريض دور الشخص الآخر. يلعب المعالج دور المريض وهو طفل.* *منظور الشخص الآخر المفترض البديل:* 100 -----x-- 0 *استنتاج بديل عن نفسي:* 100 -------------x---------------------------------- 0
المرحلة الثالثة: *يلعب المريض دوره وهو طفل، لكنه يجرب سلوكًا جديدًا. يلعب المعالج دور الشخص الآخر.* *منظور الشخص الآخر المفترض البديل:* 100 -----x-- 0 *استنتاج بديل عن نفسي:* 100 -----x-- 0
استنتاجي الأصلي عن نفسي: 100 ----------------------------------x------------ 0
أثر هذا مستقبلًا:

مراجع

Adams, H. E., Bernat, J. A., & Luscher, K. A. (2001). Borderline personality disorder: An overview. In P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3rd ed., pp. 491 - 507). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlingtom, VA: APA.

Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioural formulation and treatment. Behaviour Research and Therapy, 37, 97 - 134.

Arntz, A. (2004). Borderline personality disorder. In A. T. Beck, A. Freeman, & D. D. Davis (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (2nd ed., pp. 187 - 215). New York: The Guilford Press.

Arntz, A. (2018). Schema therapy. In R. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (pp. 65 - 86). New York, NY: Guilford Press.

Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: A test with the personality disorder belief questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 42, 1215 - 1225.

Arntz, A., Farrell, J., Jacob, G., Lee, C., Brand, O., Fassbinder, E., Fretwell, H., Harper, P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I., Ruths, F., Schweiger, U., Shaw, I., Startup, H., & Zarbock, G. (2019). *Group Schema Therapy for BPD: First results of an international trial*. Paper presentated at the 9th World Conference of Behavioral and Cognitive Therapies, Berlin, 17 - 20 July 2019.

Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley Blackwell. *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder*, Second Edition. Arnoud Arntz and Hannie van Genderen.© 2021 John Wiley & Sons Ltd. Published 2021 by John Wiley & Sons Ltd.

Arntz, A., & Lobbestael, J. (2018). Cognitive structure and process. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (2nd ed., pp. 141 - 154). New York, NY: Guilford Press.

Arntz, A., Mensink, K., Cox, W., Verhoef, R., van Emmerik, A., & Grasman, R. (2020). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis. *Accepted pending revision.*

Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personal - ity disorder: Results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. Behaviour Research and Therapy, 74, 60 - 71.

Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 38, 345 - 370.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C., & de Bie, A. J. H. T. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. Journal of Personality Disorders, 17, 45 - 59.

Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. Behaviour Research and Therapy, 37, 715 - 740.

Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Interpretation bias in Cluster-C and borderline personality disorders. Behaviour Research and Therapy, 49, 472 - 481.

Atkinson, T. W. A. (2012). Schema therapy for couples: Healing partners in a relation - ship. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. M. Nadort (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy, theory, research, and practice* (pp. 323 - 336). Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Bamelis, L. L. M., Renner, F., Heidkamp, D., & Arntz, A. (2011). Extended schema mode conceptualizations for specific personality disorders: An empirical study. Journal of Personality Disorders, 25, 41 - 58.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Beck, A.T. (2002). *Cognitive therapy of borderline personality disorder and attempted suicide*. Bethesda, MD, December 2002.

ورقة بحثية مقدمة في المؤتمر السنوي الأول لجمعية العلاج والأبحاث المتقدمة لاضطرابات الشخصية.

Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D., & Associates.(2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (Eds.) (2015). *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (Third ed.). New York: Guilford Press.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford.

Bernstein, D. P., Arntz, A., & de Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. International Journal of Forensic Mental Health, 6(2), 169 - 183.

Bernstein, D.P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., de Vogel, V., Kersten, G.C.M., Lancel, M., Jonkers, P.P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N.J., Deenen, T.A.M., & Arntz, A. (2020). Intensive psychotherapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial.

مقدم للنشر.

Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2017). The borderline personality disorder checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and non -

clinical samples. Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology, 20(2), 281 - 336. doi:10،18290/rpsych.2017،20،23-en

Boog, M., Goudriaan, A.E., van de Wetering, B., Franken, I.H.A. & Arntz, A. (2019). Schema therapy for patients with borderline personality disorder and alcohol dependence: A multiple-baseline case series design study.

مقدم للنشر.

de Boterhoven, Haan, K. L., & Lee, C. W. (2014). Therapists' thoughts on therapy: Clinicians' perceptions of the therapy processes that distinguish schema, cognitive behavioural and psychodynamic approaches. Psychotherapy Research, 24(5), 538 - 549. doi:10،108010503307،2013،861092/

Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. Journal of Personality Disorders, 18, 257 - 271.

Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference?

في:

P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135 - 164). New York, NY: The Guilford Press.

Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. Behaviour Research and Therapy, 40, 1231 - 1240.

de Klerk, N., Abma, T. A., Bamelis, L. L., & Arntz, A. (2017). Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspec - tives. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 45(1), 31 - 45.

Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45, 242 - 251.

Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. Behaviour Research and Therapy, 36, 483 - 504.

Farrell, J. M., Reiss, N., & Shaw, I. A. (2014). *The schema therapy clinicians guide: A complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs*. Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy groups for borderline per - sonality disorder. A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2018). *Experiencing schema therapy from the inside out: A self-practice/self-reflection workbook for therapists*. New York, NY: Guilford.

Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder:

A randomized controlled trial. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 40, 317 - 328.

Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos, V., … Schweiger, U. (2018). PRO*BPD: Effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: A comparison of schema therapy and dialectical behavior therapy: Study protocol for a randomized trial. BMC Psychiatry, 18, 341.

Fassbinder, E., Schuetze, M., Kranich, A., Sipos, V., Hohagen, F., Shaw, I., … Schweiger, U. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. Frontiers in Psychology, 7, 1851.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., … Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomised trial of schema-focused therapy vs transference- focused psychotherapy. Archives of General Psychiatry, 63, 649 - 658.

Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The borderline personality disorder severity index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. Personality and Individual Differences, 49, 136 - 141.

Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic*. New York, NY: Norton.

Gottman, J. M., & DeClaire, J. (2001). *The relationship cure*. New York, NY: Three Rivers Press.

Gottman, J. M., & Silver, N. (1999). *The seven principles for making marriage work*. New York, NY: Three Rivers Press.

Haeyen, S., van Hooren, S., van der Veld, W., & Hutschemaekers, G. (2018). Efficacy of art therapy in individuals with personality disorders cluster B/C: A randomized controlled trial. Journal of Personality Disorders, 32(4), 527 - 542.

Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. American Journal of Psychiatry, 146, 490 - 495.

Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style and borderline personality disorder criteria. Journal of Personality Disorders, 26, 727 - 736.

Jacob, G., van Genderen, H., & Seebauer, L. (2015). *Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book*. Chichester, UK: Wiley Blackwell.

Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema therapy for personality disorders—A review. International Journal of Cognitive Therapy, 6(2), 171 - 185.

Johnson, S. M. (2003a). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York, NY: The Guilford Press.

Johnson, S. M. (2003b). A guide for couple therapy. In S. M. Johnosn & V. E. Whiffen (Eds.), *Attachment process in couple and family therapy* (pp. 103 - 123). New York, NY: The Guilford Press.

Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.

Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualita - tive study of service users' perspectives. PLoS One, 7(5), e36517.

Kernberg, O. F. (1976). *Object relations theory and clinical psycho-analysis*. New York, NY: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzeweger (Eds.), *Major theories of personality disorder* (pp. 106 - 137). New York, NY: Guilford.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Applebaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books.

Keulen-de Vos, M. E., Bernstein, D. P., & Arntz, A. (2014). Schema therapy for aggressive offenders with personality disorders. In R. C. Tafrate & D. Mitchell (Eds.), *Forensic CBT: A handbook for clinical practice* (pp. 66 - 83). Oxford, UK: Wiley Blackwell.

Khasho, D. A., Van Alphen, S. P. J., Heijnen-Kohl, S. M. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., & Videler, A. C. (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. Contemporary Clinical Trials Communications, 14, 100330.

Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A., & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY/London, UK: Guilford.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 48, 1060 - 1064.

Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. Journal of Personality Disorders, 24(3), 285 - 295.

Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualization in personality disorders. Behaviour Research and Therapy, 46, 854 - 860.

Loose, C., Graaf, P., & Zarbock, G. (2013). *Schematherapie mit Kinderen und Jugendlichen*. Weinheim, Germany: Beltz.

Martius, D. (2019). *The experience of schema therapists who provided the treatment: What we learnt*. Paper presented at the 9th World Conference of Behavioral and Cognitive Therapies, Berlin, 17 - 20 July 2019.

McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182 - 207). New York, NY: Guilford.

Merrett, Z., Rossell, S. L., & Castle, D. J. (2016). Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: A systematic review. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 50(7), 640 - 648.

Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: A review. American Journal of Psychiatry, 159, 359 - 371.

Muste, E., Weertman, A., & Claassen, A. (2009). *Handboek en werkboek klinische Schematherapie (handbook and workbook inpatient schema therapy)*. Houten, the Netherlands: Bohn Stafleu van Loghum.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., … van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. Behaviour Research and Therapy, 47, 961 - 973.

Nordahl, H. M., & Nysæter, T. F. P. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36, 254 - 264.

Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personal - ity disorder. American Journal of Psychiatry, 147, 1008 - 1013.

Paris, J. (1993). The treatment of borderline personality disorder in light of the research on its long-term outcome. Canadian Journal of Psychiatry, 38(Suppl. 1), 28 - 34.

Paulik, G., Steel, C., & Arntz, A. (2019). Imagery rescripting for the treatment of trauma in voice hearers: A case series. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1 - 17.

Rameckers, S., Verhoef, R., Grasman R., Cox, W., van Emmerik, A, & Arntz, A. (2020). Effectiveness of psychological treatments for Borderline Personality Disorder: A meta-analysis of data from all design types.

مقدم للنشر.

Reiss, N., Lieb, K., Arntz, A., Shaw, I. A., & Farrell, J. (2014). Responding to the treatment challenge of patients with severe BPD: Results of three pilot studies of inpatient schema therapy. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42, 355 - 367.

Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., & Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: Associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. Behaviour Research and Therapy, 51(8), 487 - 492.

Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2012). *The relationships between early maladaptive schemas, schema modes and coping styles*. New York, USA, 17 - 19 May.

ورقة مقدمة في المؤتمر العالمي الخامس للعلاج التخطيطي.

Seebauer, L., Froß, S., Dubaschny, L., Schönberger, M., & Jacob, G. A. (2014). Is it dangerous to fantasize revenge in imagery exercises? An experimental study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45(1), 20 - 25.

Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clinical Psychology Review, 33(3), 426 - 447.

Simeone-DiFrancesco, C., Roediger, E., & Stevens, B. A. (2015). *Schema therapy with couples: A practitioner's guide to healing relationships*. Chichester,UK: Wiley.

Simpson, E. B., Yen, S., Costello, E., Rosen, K., Begin, A., Pistorello, J., & Pearlstein, T. (2004). Combined dialectical behavior therapy and fluoxetine in the treatment of borderline personality disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 65, 379 - 385.

Solomon, M. F. (1998). Treating narcissistic and borderline couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *The disordered couple* (pp. 239 - 257). Bristol, PA: Brunner/ Mazel, Inc.

Stoffers, J., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, (6), CD005653.

Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. PLoS One, 13(11), e0206039.

van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., … Severens, J. L. (2008). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Lost-effectiveness of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. British Journal of Psychiatry, 92, 450 - 457.

van der Wijngaart, R. & Hayes, C. (2018). *Fine tuning imagery rescripting*. Audiovisual production. www.schematherapy.nl

van der Wijngaart, R. & van Genderen, H. (2018). *Schema therapy step by step*. Audiovisual production. www.schematherapy.nl

van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. Development and Psychopathology, 11, 225 - 249.

van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. M. (2012). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy, theory, research, and practice*. Chichester, UK: Wiley Blackwell.

van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and externalizing behaviors share a common predictor: The effects of Early Maladaptive Schemas are mediated by coping responses and schema modes. Journal of Abnormal Child Psychology, 46(5), 1 - 14.

Videler, A. C., Van Royen, R. J., Heijnen-Kohl, S. M., Rossi, G., Van Alphen, S. P., & Van der Feltz-Cornelis, C. M. (2017). Adapting schema therapy for personality disorders in older adults. International Journal of Cognitive Therapy, 10(1), 62 - 78.

Vuijk, R., & Arntz, A. (2017). Schema therapy as treatment for adults with autism spectrum disorder and comorbid personality disorder: Protocol of a multiple-baseline case series study testing cognitive-behavioral and experiential interventions. Contemporary Clinical Trials Communications, 5, 80 - 85.

Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environment and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, 1068 - 1075.

Weertman, A. M., Arntz, A., Schouten, E., & Dreessen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 936 - 944.

Wetzelaer, P., Farrell, J., Evers, S. M. M. A., Jacob, G., Lee, C. W., Brand, O., … Arntz, A. (2014). Design of an international multicentre RCT on group schema therapy for borderline personality disorder. BMC Psychiatry, 14, 319.

Wibbelink, C. (2018). BOOTS: Borderline Optimal Treatment Selection: A multi-site randomized controlled trial comparing Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy for borderline personality disorder: A framework for the study of (differential) change processes and the empirical search for treatment selection criteria. University of Amsterdam, internal document.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *Group therapy: Theory and practice*. New York: Basic Books.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev. Ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York, NY: Plume.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A Practitioner's guide*. New York, NY: Guilford.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. The Psychiatric Clinics of North America, 23, 89 - 101.

الفهرس

Schema Therapy for Borderline Personality Disorder

Second Edition

WILEY Blackwell

يقدم هذا الكتاب إرشادات واضحة حول استخدام العلاج التخطيطي لتقليل أعراض اضطراب الشخصية الحدية وإحداث تغييرات دائمة في شخصية المريض.

يعاني المصابون باضطراب الشخصية الحدية مجموعة من المشكلات تؤثر سلبًا على معظم جوانب حياتهم، مثل التقلبات المزاجية المستمرة، وعدم وضوح الهوية، والسلوكيات الاندفاعية، والمشكلات في علاقاتهم بالآخرين، ونوبات الغضب. كما أن مرضى اضطراب الشخصية الحدية معرضون لخطر بالغ يتمثل في إيذاء النفس وإدمان المخدرات، لدرجة أن ما يقرب من 10 % منهم يلاقون حتفهم بسبب الانتحار. يؤثر اضطراب الشخصية الحدية بشدة على التعليم والتوظيف والعلاقات الشخصية والسلامة البدنية والعاطفية للمصابين به. وقد ثبت أن العلاج التخطيطي - المستند إلى العلاج السلوكي المعرفي والتقنيات المستمدة من العلاجات التجريبية - يحقق تحسينات جوهرية في الشخصية لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية.

يصف هذا الكتاب العلاج الرائد لاضطراب الشخصية الحدية والمبني على رؤى مستقاة من النظريات المعرفية والسلوكية والديناميكية والإنسانية والنمائية. يؤكد العلاج التخطيطي المعالجة العاطفية للتجارب الصادمة واستخدام العلاقة العلاجية لإحداث تغيير إيجابي. يصف هذا الكتاب العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية بالتفصيل، ويغطي أهداف ومراحل وخطة العلاج، فضلا عن الأساليب المعرفية والسلوكية، والتقنيات المحددة المناسبة لكل صيغة من صيغ المخطط، وكسر النمط السلوكي، وإنهاء العلاج، وأكثر من ذلك بكثير. هذا الكتاب الموثوق به:

- يصف علاجًا لمرضى اضطراب الشخصية الحدية ينتج عنه تحسن إكلينيكي كبير أو تعافٍ في معظم الحالات.
- يشرح نموذج صيغ المخطط لاضطراب الشخصية الحدية، والذي يساعد المريض والمعالج على فهم المشكلات التي يعانيها مرضى اضطراب الشخصية الحدية، وهذا أمر أساسي في العلاج التخطيطي لهذا الاضطراب.
- يشرح العلاج التخطيطي لاضطراب الشخصية الحدية استنادًا إلى نموذج صيغ المخطط، حيث يناقش طرق وتقنيات العلاج المختلفة باختلاف صيغ ذلك المخطط.
- يغطي آخر التطورات في العلاج التخطيطي، مثل العلاج التخطيطي الجماعي والعلاج التخطيطي للأزواج.
- يتضمن نشرات لتقديمها للمرضى، بما في ذلك اليوميات، ونماذج للتكاليف المنزلية وحل المشكلات، وسجل الإيجابيات.

هذا الكتاب دليل أساسي لعلماء النفس الإكلينيكي والمعالجين النفسيين وعلماء الأمراض النفسية والأطباء النفسيين وممارسي الصحة النفسية وطلاب البكالوريوس والدراسات العليا في المجالات ذات الصلة.

أرنود أرنتز: أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة أمستردام، هولندا. تتمحور أبحاثه وأنشطته الإكلينيكية حول اضطرابات الشخصية ومشكلات الصحة النفسية المرتبطة بالصدمات. وهو معروف بالاختبار الذي وضعه للعلاج التخطيطي في اضطرابات الشخصية الحدية وغيرها من اضطرابات الشخصية، وبإسهاماته في تطوير النظرية وتطبيق العلاج التخطيطي.

هاني فان جندرسن: حاصلة على الماجستير، ومعالجة واختصاصية نفسية إكلينيكية ومشرفة ومدربة في العلاج التخطيطي. وشاركت في تقديم العلاج التخطيطي لاضطرابات الشخصية في هولندا منذ عام 1996. وقد شاركت في تأسيس الجمعية الدولية للعلاج التخطيطي وكانت عضوًا في مجلس الإدارة كمنسق للتدريب والتأهيل من عام 2010 وحتى عام 2012. من عام 2012 وحتى 2016 عملت رئيسًا لجمعية العلاج التخطيطي الهولندي. ومنذ عام 1990 بدأت العمل مستشارة أولى واختصاصية نفسية إكلينيكية في علاج وبحوث اضطرابات الشخصية بشكل عام واضطراب الشخصية الحدية بشكل خاص. في عام 2000 أصبحت مدير معهد متخصص في العلاج التخطيطي، حيث تولت تدريب حوالي 4000 معالج حتى الآن.





ISBN 628-1072-12-355-0
6 281072 123550
282208070

